الادمان

اسبابه وآثاره والتخطيط للوقاية والعلاج

د. جمال ماضي ابو العزائم

رئيس الاتحاد العالمي للصحة النفسية

بسم الله الرحمن الرحيم

الاهـــداء

أهدى هذا البحث الى كل شاب وفتاة وأم وأب ومربى وكل مسئول فى موقعه كى تتضافر الجهود فى سبيل التزود بالمعلومات الصحيحة التى تساعد على الوقاية من الوقوع ضحية المخدرات ولتبصير الناس عامة بأبعاد هذه المشكلة والعمل على الحد من خطورتها بقوله تعالى **(ولتكن منكم أمة يدعون الى الخير ويأمرون بالمعروف وينهون عن المنكر أولئك هم المفلحون)** .

صدق الله العظيم

مقـــــدمة

تتافقم مشاكل الادمان بعد أن تعقدت صوره المختلفة ، ودخلت المخدرات التخليقية الى ميادينه ، وتطورت تبعاً لذلك وسائل المكافحة بعد أن إزداد الطلب للاعتماد على العقاقير ، وأصبحت الوقاية ضرورة هامة . وأصبح علاج الأعراض الجسمية والنفسية والاجتماعية مطلباً ملحاً فرضه ازدياد صرعى الادمان .

وإليكم الحقائق والأرقام حول هذا المرض الخبيث الذى انتشر نتيجة أفكار خاطئة نشرها تجاره ورواده الذين زينوا للناس الغواية وكان الناس فى حاجة ماسة الى معرفة الحقيقة والخلاص من التوتر والعيش الهنى .

وقد واجه الفريق العلاجى هذه الموجة العاتية واضعاً طرق الوقاية ، وفاتحاً أبواب العيادات أمام المرضى ، ولقى كثيراً من الصعوبات التى عمل على أن يذللها حتى يصل الى أحسن الطرق لوقف هذا الزحف ويحقق لمرضى الادمان فرص العلاج والتأهيل والعودة الى العمل والانتاج .

إننا مطالبون جميعاً بالعمل على نشر الوعى عن الادمان لأولادنا وأحبابنا وجيراننا ومن يعمل معنا

والله يوفقنا لما فيه خير أنفسنا ووطننا ..

د . جمال ماضى أبو العزائم

رئيس الاتحاد العالمى للصحة النفسية

تصـــــدير

يلقى هذا الكتاب الأضواء على مشكلة المخدرات ويصدر فى فترة حرجة من حياة هذا الوطن ويحاول أن يرسم الطريق للوقاية والعلاج والمتابعة ويهتم فى البداية بأهم كنز من كنوز النفس الانسانية وهو العقل الذى منحنا الحق عز وجل إياه وطالبنا بالحفاظ عليه حتى نسعد أبان حياتنا . والخدرات أول ما تصيب تصيب هذا الجهاز الفريد وتعطله وتسبب الأمراض العقلية والنفسية المختلفة . ثم يتطرق الكتاب فى الحديث عن أنواع المخدرات وعن الاصابات التى تلحق بالجسم نتيجة استفحالاتها وعن ما تم من الأبحاث فى هذا الميدان ويتناول الجوانب الاجتماعية التى تصيب الأسرة والمجتمع والوطن نتيجة تعاطى المخدرات ثم يتناول العلاج الجسمى والنفسى والاجتماعى لمرضى الادمان ويختتم الموضوع بدور الدين فى الوقاية والعلاج . وأهمية البرنامج اليومى الدينى المنظم فى الحياة .

ويواكب صدور هذا الكتاب الاحتفال بالذكرى الثمانين لبدء عمل الجمعية المركزية لمنع المسكرات ومكافحة المخدرات ويحى نشاطها الماضى على يد الرواد الأوائل وعلى رأسهم المرحوم الأستاذ الدكتور / أحمد غلوش الذى قاد الجمعية سنين عمره ويحى كذلك ما قامت وتقوم به الجمعية فى السنين الأخيرة حاملة الشعلة ومؤسسة لفروعها على اتساع الجمهورية وفاتحة العيادات التخصصية للوقاية والعلاج من مشكلة المخدرات وعاقدة المؤتمرات لنشر ومتابعة نتائج الأبحاث العلمية والله المستعان .

بسم الله الرحمن الرحيم

عظمة الهدى القرآني في التصدي لوباء الادمان

من عظمة القرآن الكريم وإعجازه أن كل ذى فن أو اتجاه خاص يجد فيه ما يلائم فنه واتجاهه ، فالأديب تروعه ألفاظه وتراكيبه ، والمؤرخ يهوله قصصه عن السابقين وتحدثه عن وقائع تكشف الأيام عن صدقها ، وعالم الذرة والمشتغلون بعلوم الفضاء يرون فيه توجيهات رائدة سبق إليها من مئات السنين ، وعالم التشريح وعالم النفس يقف على منابع فياضة يجد فيها منهاجاً نفسياً متكاملا . والمتخصص فى علاج الادمان يجد ينبوعاً فياضاً خططله القرآن فى علاج مشكلة الادمان على المسكرات والمخدرات وأعطاها كل اهتمامه وخطط لعلاجها أروع التخطيط ، ولم يوجه العلاج للأفراد فحسب بل عالج الامه علاجاً ناجحاً خطوة أثر خطوة على مدى خمس عشرة سنة تقريباً .

مراحل العلاج

ففى المرحلة الأولى : وهى مرحلة الأسوة والقدوة نجد السيد الرسول صلى الله عليه وسلم لا يشرب الخمر ولا يقربه . ويتخذ الصحابة السيد الرسول مثلهم الأعلى ولايقربون الخمر .

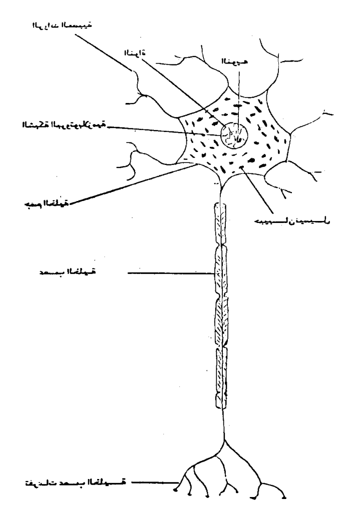
وفى مرحلة ثانية : يتحدث عن المسكرات ويقول : **(ومن ثمرات النخيل والأعناب تتخذون منه سكرا ورزقا حسنا)** ويقرر أن البعض يتخذون من الثمرات مسكرات ولكنه يتخذ من هذه الثمرات رزقاً حسناً وقوتاً جيداً .

وفى مرحلة ثالثة : يطّلق للتفكير عنانه ويقول : « **يسألونك عن الخمر والميسر قل فيهما اثم كبير ومنافع للناس واثمهما اكبر من نفعهما)** .

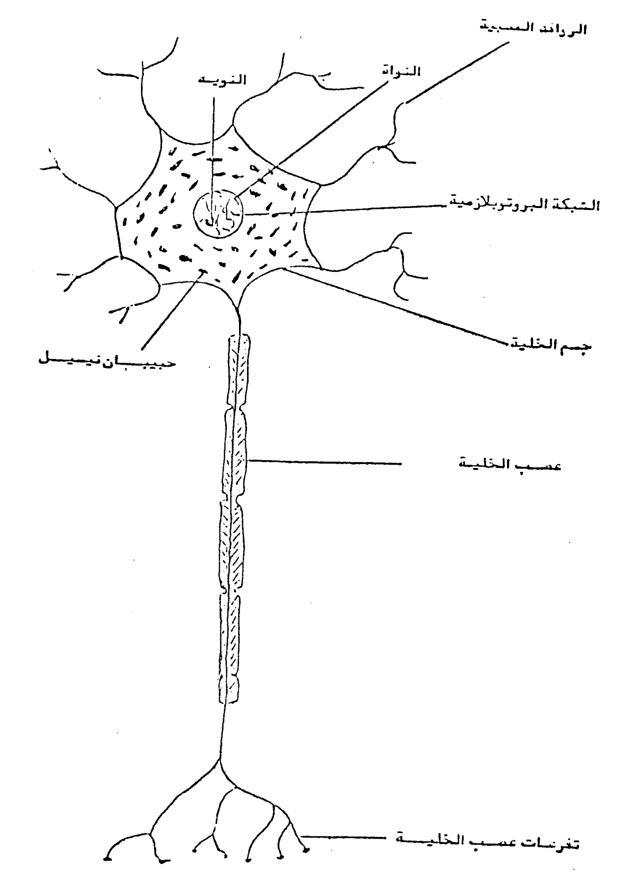
وهذه مرحلة نشر المعلومات والتفكير حول المشكلة ويقتنع البعض ويتوقفون ثم تأتى مرحلة رابعة فيها المنع المبدئى ويقول القرآن **(يا أيها الذين آمنوا لاتقربوا الصلاة وأنتم سكارى حتى تعلموا ما تقولون)** وتبدأ هذه المرحلة بحث المسلمين على البعد عن التعاطى ويتحدث عن تأثير الخمر على القدرات العقلية ويحث فى نفس الوقت على الحفاظ على مواقيت الصلاة ويقول : **(إن الصلاة كانت على المؤمنين كتاباً موقوتاً)** ويتوقف الكثير حفاظاً على قدرتهم العقلية وحفاظاً على متعه الصلاة فى الجماعة حتى إذا نضجت الشخصيات واستوعب المؤمنون أخطار الادمان وقويت عزائمهم بعد أن أصلح الأفراد والأسر إصلاحاً اجتماعياً لكل نواحى الحياة . وبعد أن ظهر من بين رجال الأمة رجل كعمر بن الخطاب الذى نادى الحق قائلا : « اللهم أرنا فى الخمر بياناً شافياً » فاستجاب الحق له ونزل قوله **(يا أيها الذين آمنوا إنما الخمر والميسر والأنصاب والأزلام رجس من عمل الشيطان فاجتنبوه لعلكم تفلحون)** وهنا تستجيب الأمة استجابة يحكى عنها التاريخ ويقول أن المؤمنين بالمدينة المنورة سكبوا الخمور فى شوارعها وامتنعوا عن الشراب مذعنين لداعى الحق دون أن يصابوا بأعراض التوقف وذلك لتأثير الشخصية المحمدية ولاستيعاب كلمات القرآن الكريم التى تحيى الطاقات العظمى للقلب وللصمود والصبر وبعد أن حلت مشاكل الناس الاجتماعية وسعدوا مع القرآن والسنة وآمنوا أن الخمر نجس . واعتبروه كذلك منذ ذلك التاريخ حتى الآن . أى إبداع أعظم من هذا الابداع . إن هذه الحقائق التاريخية عندما توضع أمام المؤتمرات العالمية يجد فيها المشاركون عظمة التخطيط النفسى الايمانى الاجتماعى ولقد سردت هذا فى أحد أبحاثى فى مؤتمر « فينكس » عام ١٩٧٥ بالولايات المتحدة وكان رئيس المؤتمر من أعظم رجال الصحة النفسية فى العالم . DR. MAXWELL GONES وعندما سمع

الرجل المحاضرة طلب من المؤتمر أن أستمر فى الشرح والاجابة على أسئلة أعضاء المؤتمر حول طريقة الاسلام فى وقف الخمر وعلق على هذه الطريقة أنها الأولى من نوعها وتلائم كل المجتمعات خاصة بعد أن قام الصحابة بتأصيل العقوبات للتجار والذين يعودون للادمان دون الاسراع فى العلاج .

ولما كان الادمان يصيب العقل أول ما يصيب فتعالوا مع العلماء ننظر فى المجهر الذى يكبر المرئيات ٧٥٠ ألف مرة لنرى أسرار الخلق فى مرئيات لانراها بالعين المجردة ولكن بالمكبرات الحديثة .



احدى الخلايا العصبية أو احدى صفحات الجهاز العصبى التى تسجل على صفحات الخلية كل حدث من أحداث حياة الانسان .



احدى الخلايا العصبية او احدى منحات الجهاز العصبى التى تسجل على منحات الخلية حدث من احداث الانسان ٠

الخلية العصبية

ويتكون الجهاز العصبى المركزى من أكثر من ثلاثة عشر بليون خلية . والخلية لاتتجدد وإذا ماتت لايتجدد بدلها . وهى فى غاية الدقة ولاترى بالعين المجردة وإذا نظرنا إليها بالمكبرات نجدها عبارة عن جسم به مادة البروتوبلازم فى حركة مستمرة ليلا ونهاراً ولايتوقف عن الحركة إلا عند الممات وبوسط هذا الجسم توجد النواة التى تحفظ داخلها أخلاطاً عديدة تسمى كروموزومات أو كما يسميها القرآن (الأمشاج) ويخرج من الجسم أهداب دقيقة هى الروافد العصبية تستقبل الموجات الكيموكهربية القادمة من الخلايا الأخرى ويخرج من هذا الجسم موصل أساسى طويل هو عصب الخلية عبارة عن شعرة دهنية توصل الخلية بخلية أخرى وتحمل الشحنة الكهربية من الخلية بعد أن علمت مدلولها وأضافت إليها طاقة من طاقاتها تؤهلها لعمل خاص وإثارة عقلية خاصة فتتحرك عضلة معينة استجابة لذلك . وتضطرب خلايا الأجهزة العصبية نتيجة تواجد عقاقير الادمان فى الدم المحيط بها .

وهذه الخلايا هى اللبنات التى يتكون منها الجهاز العصبى وتعالوا نستبصر بهذا الجهاز قبل الدخول الى موضوع الادمان حتى يكون الحفاظ عليه وسيلة المعرفة التى سوف نحظى بها من هذا البحث .

الجهاز العصبى

المعجـــزة الكـــبرى

سبحان خالق ذلك الجهاز المعجزة الخالدة والجوهرة الساكنة فراغ الرأس والجهاز الجسمى الذى تسكنه نفس الانسان وجهاز الاستقبال والانفعال والارسال ويتكون من فصى المخ المحفوظين فى تجويف الرأس والمتصلين ببلايين الاتصالات العصبية والتى تقدر بأكثر من ١٣ بليون خلية عصبية وبها مراكز منتشرة على سطح الفصين لحفظ المرئيات والمسموعات وأحاسيس الشم والذوق واللمس بدرجاته العديدة الملموسة الساخنة والباردة وأنواع اللمس الأخرى المختلفة والاحساس بمكانها وصلابتها وذبذبتها وقد نسقت مراكز هذه الأحاسيس تنسيقاً غاية الابداع على سطح المخ واتصلت بالأعصاب وبنوافذها المنتشرة على سطح جسم الانسان (العينان والأذنان والأنف واللسان وسطح الجلد) وكل هذه الأحاسيس متصلة بعضها ببعض ببلايين الاتصالات حتى أن الاحساس الواحد يؤثر على عديد من المراكز العصبية على سطح المخ فى وقت واحد فنعرف كنهها وعلاقتها بالأحاسيس الأخرى ويحفظها الانسان

ويستعين بها فى تكوين أفكاره التى تتعلق بسمات شخصيته (**صنع الله الذى أتقن كل شيئ انه خبير بما تفعلون**) .

ونظرة واحدة الى جهاز الانسان العصبى كيف يعمل ؟ وكيف يغذى بالشرايين المختلفة التى تدق فى حجمها وتتفرع حتى توصل غذاءها الى كل خلية من خلايا هذا الجهاز الهام ؟ وكيف تحفظ بلايين الخلايا وقد أحيطت كلها بثلاثة أغلفة :

الأم الجافة والأم الحنون وبينهما سائل النخاع ذو الأوصاف الكيماوية الخاصة ويتدفق الأكسجين مغذياً هذه الخلايا ولو انقطع عنها لتوقفت حياتها كل ذلك بمقدار معين محسوب « **وكل شيئ عنده بمقدار**) وينساب الدم فى الشرايين يعطى هذه الخلايا غذاءها بقدر مناسب كذلك (**إن الله هو الرزاق ذو القوة المتين**) .

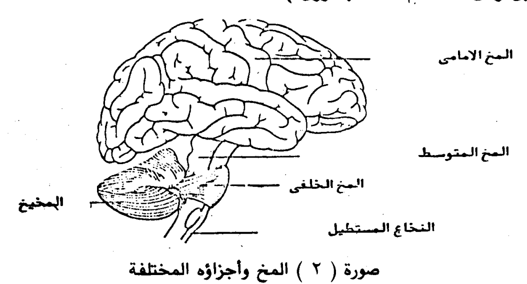
ونظرة أخرى الى هذا الجهاز وكيف يؤثر على الجهاز العضلى للانسان حتى يجعله يقوم بعمل مايتفق مع المواقف التى يعيش فيها الانسان فكل حركة من الجهاز العضلى قد حسبت طاقاتها حساباً دقيقاً وانسابت من مراكز المخ شرارات كهربائية الى عضلات الانسان ليقوم بعمل ما مناسب للأحاسيس التى أثارت الخلايا العصبية بعد ان ينفعل الانسان بهده الاحاسيس وثارت فى خلاياه الداخلية تيارات تدل على هذا الانفعال فتجرى فى أعصابه الى عضلاته شرارات أخرى تثير العمل .

ونرجع النظر مرة أخرى الى الانسان وهو يخط بيديه كتابة أى جملة كيف فكر ؟ وكيف نظر ؟ وكيف أمسك بالقلم ؟ وكيف بدأ يحرك القلم بعد أن أمرت مراكز المخ عضلات أصابعه أن تتحرك حركة دقيقة لكتابة أحرف دقيقة كلها تعبر عن فكرة نبعت أصلا من مراكزه على سطح مخه ويقسم الحق عز وجل بهذا العمل ليلتفت الانسان إليه ويعلم قدر عظمته وقيمته وفضل الله عليه (**ن والقلم وما يسطرون**) .

ونظرة تالية ماذا هناك على سطح المخ ؟ وما الذى يمسك بتوافق العمل بين بلايين من هذه الخلايا الحية وقد لمس العلم أن هناك تيارات كهربائية تسرى فى بلايين الخلايا الحية تسجل وتنفعل وتؤثر أنها شخصية الانسان أو طاقاته المميزة أو طريقة استجاباته وربما محصلة لما نطلق عليه نفس الانسان .

ومنذ فجر تاريخ هذا الانسان وهو يحاول أن يعرف كيف يحس وكيف ينفعل وكيف يمارس عمله وكيف يتعلم وكيف يترقى وكيف يصل الى مدارج من الترقى لليقين وعلم اليقين وحق اليقين وتنفذ نفسه الى معارج من النضوج . ويحثنا الحق عز وجل مطالباً كلا منا أن يستبصر بما

يحيط به من آيات وآيات وما فى نفسه من طاقات وطاقات ويقول : **(وفى الأرض آيات للموقنين وفى انفسكم أفلا تبصرون)** .



صورة (٢) المخ وأجزاؤه المختلفة

والمخ هو جهاز استقبال لكافة المحسوسات البصرية عن طريق العينين والسمعية عن طريق الأذنين والشمية عن طريق فتحتى الأنف وأعصاب الشم والذوقية عن طريق أطراف الأعصاب فى الفم واللمسية عن طريق أعصاب الجلد المنتشرة فى كل مكان بمجلد الانسان . وينتشر على سطح المخ الأمامى مراكز لهذه الأحاسيس حددها العلماء وفى قاع المخ الأمامى مراكز للقلب والتنفس وحفظ حرارة الانسان ويخرج من فصى المخ بلايين الأسلاك الكهربية الى النخاع المستطيل الذى ينقسم الى قسمين أعصاب تحمل معلومات من الأطراف وأعصاب تحمل أوامر من المخ لتقوم العضلات بعمل ما . وأسفل فصى المخ يوجد المخيخ وهو خادم أمين للجهاز العصبى للانسان ويعينه على حفظ ملايين من حركاته الانسان التى يحتاجها فى عمله التلقائى أثناء حياته اليومية .

هذا العضو الهام هو كنز الانسان الذى يجب أن نحافظ عليه كل المحافظة والا نعرضه لتلف خلاياه .

أول ما تقوم به والمخدرات والمسكرات هو الحاق الأذى والمرض بهذه الجواهر التى ان تلفت خلية واحدة منها لايستطيع الجسم الانسانى أن يستبدلها ويفقد طاقاتها الى الأبد . والآن وقد ألقينا بعض الأضواء على كنوز البصر والسمع والقدرات المختلفة تعالوا نركز على المخدرات والمسكرات فى علاقتهما مع الانسان .

أنواع المخدرات

تنقسم المخدرات الى مخدرات طبيعية ومخدرات تخليقية .

والمخدرات الطبيعية هى التى تؤخذ من بعض النباتات كالخشخاش ، والقات ، وشجرة الحشيش والكوكايين .

والمخدرات التخليقية هى التى تحضر بطريقة كيمائية وتؤثر على الأجهزة العصبية وتنقسم الى الآتى :

١ ــ المواد المنومة .
٢ ــ المواد المطلقة .
٣ ــ المواد المنبهة .
٤ ــ المواد المهلوسة .

أنواع المسكرات

وتختلف أنواع المسكرات حسب طريقة تحضيرها فمنها الكحول المثيلى ومنها الاثيلى أما المثيلى (السبرتو) فهو شديد الخطورة إذ يؤثر تأثيراً شديداً على أطراف الأعصاب ويؤدى الى التهاباتها المختلفة ويشعر المدمن بآلام شديدة فى الأعصاب وتصيب هذه الأنواع شبكية العين وتؤدى الى فقدان النظر .

أما الأثيلى فأنواعه مختلفة وتركيزاته مختلفة كذلك ولكن كل هذه الأنواع والتركيزات لها تأثيرها الضار على الكبد والجهاز العصبى والجهاز التناسلى .

وتختلف المخدرات والمسكرات فى طريقة تأثيرها على الأجهزة العصبية حسب نوعها وكميتها وطريقة دخولها الى جسم الانسان . فهناك الطريق الهضمى عن طريق الفم وهناك طريق الاستنشاق الى الرئتين وهناك طريق الحقن فى الوريد .

الأفيون ومشتقاته

الأفيون هو العصارة المستخرجة من ثمرة نبات الخشخاش ، وتوجد خواصه الطبية والمحدثة للادمان فى مكونيه الأساسيين : المورفين والكودايين ، وهو المادة الخام للانتاج غير المشروع للهيروين ، أخطر مادة مخدرة فى العالم ، إذ يستخرج الهيروين من المورفين

بعملية كيميائية بسيطة ، وينشأ عن تعاطيه اعتماد شديد ، ولهذا السبب وكذلك لسهولة صنعه والاتجار فيه واخفائه ، أصبح هو العقار الذى يثير أكبر المشكلات الصحية والاجتماعية ، والطريقة المفضلة لتعاطيه هى الحقن بالوريد ، ويخلط الهيروبين فى حالات كثيرة بمواد أخرى سامة بطريق الغش ، ويؤدى الى الموت بسبب الجرعات المفرطة أو التسمم .

وتنتج حالياً مجموعة من المسكنات القوية ذات الآثار المتشابهة للمورفين عن طريق اصطناع البيثيدين والميثادين واستعمال مركبات كيمائية ليست لها علاقة بمكونات الأفيون ، ويتجاوز عدد المسكنات الاصطناعية التى ظهرت حتى الآن ولاتخضع للرقابة الدولية عدد العقاقير الطبيعية الخاضعة لهذه الرقابة .

الكوكايين :

يستخرج الكوكايين من أوراق شجرة الكوكا بعملية كيمائية بسيطة ، وهو عقار منبه ، ومثير للشعور بالنشوة والهلوسة ، ويسبب درجة عالية من التعلق النفسى به ، ويحدث شعوراً بقوة عقلية كبيرة وبصفاء ذهنى ، ويثير أوهاماً خيلائية وهلوسات سمعية وبصرية وحسية ، يمكن أن تجعل المدمن مؤهلا لارتكاب أعمال خطيرة ضد المجتمع ، وهو يحقن أو يستنشق ، ولموازنة التهيج الزائد يتناول المدمن أحد المهدئات بصورة متناوبة أو متزامنة مع الكوكايين .

وأحياناً تدخن عجينة الكوكا (وهى مركب وسيط فى صنع الكوكايين ، يحوى خليطاً غير نقى من كبريتات الكوكايين وقلويات أخرى) مخلوطة بالتبغ أو الماريجوانا ، ويحدث هذا التدخين إدماناً نفسياً سريعاً وأمراضاً نفسية وتسمماً قد يؤدى الى الموت .

الحشيش :

والحشيش هو القنب الهندى ، ويطلق عليه أحياناً ماريجوانا ، والمكون الأساسى المحدث للأثر النفسى للقنب هو دلتا ــ ٩ ــ تتراهيد روكانابيتول ، وأخطر أنواع الحشيش هو الحشيش السائل الذى يحوى ٦٠٪ من هذا المكون ، ويدخن الحشيش عادة وحده أو ممزوجاً بالتبغ ، ويصحب تعاطيه المرح والنشوة وتغيرات فى الاحساس بالزمان والمكان وضعف القدرة العقلية والذاكرة ، وزيادة الحساسية البصرية والسمعية ، والتهاب الملتحمة ، والالتهاب الشعبى ، وعند تعاطى جرعات كبيرة قد تحدث تخيلات وأوهام ، وتشوش ، وضياع للشخصية وهلوسات تشبه الذهان وتتسم بالخوف والعدوانية ، وقد يؤدى الاستعمال المنتظم للحشيش لفترة طويلة الى

إضعاف الوظائف الحركية النفسية ووظائف الادراك ووظائف الغدد الصماء ، ويقلل من مناعة الجسم ضد العدوى ، ويحتوى الحشيش على مجموعة من الهيدروكربونات المعقدة منها مواد مسببة للسرطان وتلف الجهاز التنفسى .

المهدئات :

أما المهدئات ذات الآثار النفسية فهى تؤثر على أجزاء معينة من الجهاز العصبى بقصد تسكينه ، وتؤدى الى النوم إذا أخذت بجرعات أكبر . وتنتمى المجموعة المهدئة الخاضعة للرقابة الدولية الى المجموعة الكيمائية المسماه الباربيتيورات ، وتصنف هذه الباربيتيورات تبعاً لمدة تأثيرها طويلة المفعول مثل افيوباربيتال ، ومتوسطة المفعول مثل البنتوبرابيتال ، وقصيرة المفعول مثل الثيوبنتال وهو يحقن فى الوريد ، وتؤخذ مثل هذه المواد بالفم على هيئة أقراص أو كبسولات أو تؤخذ بالحقن بقصد التخلص من الأرق أو القلق أو التوتر بقصد الترويح ، وينشأ التعود عليها بسهولة ، وقد تزداد الجرعات ويتحول الأمر الى إدمان .

والانقطاع عن الاستعمال المكثف والمزمن للباربيتيورات أشد وطأة وأكثر خطراً على الحياة من الانقطاع عن الهيرويين ، وتبدأ أعراض الانقطاع خلال يوم واحد بالنسبة للمواد قصيرة أو متوسطة المفعول ، وخلال ستة أيام للأنواع طويلة المفعول ، وتتمثل الأعراض فى القلق والأرق وتقلص العضلات والوهن والدوار والغثيان والقئ وتشوه الادراك البصرى وتشنجات صرعية ونوبات هذيان ، وأحياناً حالة ذهان ، مع سلوك خيلائى وهلوسات ، وقد ينتهى الأمر أحياناً بالوفاة .

وهناك مواد مهدئة منومة مشابهة للباريبتيورات تسبب الادمان النفسى مثل الجلوتيتبيد والميروباميت والميتيبريلون .

المنبهات :

يمثل الامفيتامين النمط النموذجى للمنبهات ، وهو أول المركبات فى سلسلة متزايدة من المؤثرات العقلية (النفسية) التى عرفت تأثيراتها المنشطة أو المنبهة منذ نصف قرن مضى ، وتقترب الامفيتامينات فى بعض النواحى الفارماكولوجية من الكوكايين ، أى أنها قادرة على انعاش المزاج وتبديد التعب والاحساس بالجوع ، غير أنها ذات قدرة كبيرة على احداث الادمان النفسى بسرعة ، وقد تحدث ذهانا تسممياً بعد أسابيع من الاستعمال المستمر .

وتتميز أعراض التسمم من الامفيتامينات بتغيرات عميقة فى السلوك ، وبحالات ذهان مع هلوسة سمعية وبصرية ولمسية قد تصحبها مشاعر الخوف والعدوانية وارتكاب أعمال خطرة ضد المجتمع ، وبعض مستعملى الامفيتامينات ، كسائقى السيارات ، عرضة للحوادث بسبب مشاعر التهيج والنوبات المفاجئة من التعب المفرط التى تحدثها هذه العقاقير .

المهلوسات :

وأما عن المهلوسات فان النموذج الأول لمجموعتها المتنوعة كيميائياً هو : الاندوليالكيلامينات والفينيليتيلامينات وديتراميد حامض الليسيرجيك (ل . س زد) ، وكلها عقاقير تحدث تغيرات ذهنية عميقة ، كتشوه الادراك الحسى والهلوسة البصرية والسمعية الشديدة ، والأوهام ، وانفعالات تتسم بجنون الارتياب ، والاكتئاب ، وتسبب هذه العقاقير إدماناً نفسياً .

ويعتبر المسكالين — وهو العنصر الفعال فى الصبار الأمريكى المسمى (ببوت) وينمو فى المكسيك وفى جنوب وغرب الولايات المتحدة — من العقاقير المسببة للهلوسة ذات التهيؤات الزاهية ولكنه لايسبب الادمان .

أما عقار (دوم) فينتمى الى الامفيتامينات والمسكالين ويطلق عليه (س . ت . ب) وتأثيراته كتأثيرات (ل . س . د) ، ويضاف الى ذلك عشرات المواد التى تحدث الهلوسة وهى تشتق من نباتات مختلفة .

ابتكار المواد الجديدة :

ومما يزيد من شدة القلق أن ابتكار أو اصطناع مواد مخدرة أو مؤثرات عقلية جديدة لازال قائماً ، وربما تكون هذه العقاقير الجديدة أشد فتكاً وخطورة من العقاقير المعروفة حتى الآن .

مدى انتشار المخدرات :

ويتسع نطاق ممارسة سوء استخدام المخدرات بين الفئات الاجتماعية والاقتصادية بكافة مستوياتها فى العصر الحاضر ، وازدادت موجة الاقبال على الهيروويين بشكل مخيف وبخاصة فى دول غرب أوربا وشمال افريقيا ، كما أن استعمال الكوكايين من غير طريق الفم وتدخين الكوكا يستفحلان ويستشريان فى العالم كله ، ويزداد خطر بعض المخدرات عندما تمزج واحدة أو أكثر

من مشتقاتها بالكحول ، وهو مايؤدى الى خطورة شديدة فى ارتكاب جرائم العدوان على النفس أو العرض أو المال .

المواد الأولية :

ولابد من الاشارة أيضاً الى المواد الأولية التى يكون الحصول عليها بدعوى استخدامها فى الصناعة بينما يقصد بها أن تستخدم فى صناعة المواد المخدرة أو المؤثرات النفسية ، وعلى رأس هذه الموادة مادة الاستيك أنها بداريد أو السيتيوكورايد .

ماذا يحدث للمخدرات والمسكرات بعد دخولها جسم الانسان

عندما تدخل المخدرات جوف الانسان عن طريق الفم تمتص من الأمعاء وتذهب الى الكبد عن طريق الدورة الدموية البطنية وهناك تؤكسدها الكبد وتحولها الى حرارة وماء وثانى أكسيد كربون وبذلك تزول طاقة المخدرات أو المسكرات السامة وتسمح لها الكبد بالمرور الى الدورة الدموية العامة ونتيجة لذلك تتأثر خلايا الكبد وتمرض وتتليف ويعيد الحق الرحمن الرحيم هذه الخلايا الى سابق عهدها ولكن بتوالى عملية سوء الاستعمال يزداد التليف وتقل كفاءة الكبد وتصاب بالتمدد وتترسب المواد الدهنية حول خلاياها وتتعطل طاقة أكسدة المخدرات والمسكرات فتنساب السموم فى الدورة الدموية وتصيب الأجهزة العصبية الهامة المركزية وتفقد طاقاتها تدريجياً ويزداد المرض سوءا بعد موت الخلايا العصبية التى لايعوضها الجسم .

تأثيرها على الأجهزة العصبية

وقد تكلمنا سابقاً عن الجوهرة العظمى وهى الأجهزة العصبية التى بها نرى ونسمع ونفكر ونتحفظ وندرك ونشم ونتذوق ونحس بالبرودة والسخونة واللمس والذبذبة وغير ذلك من الأحاسيس . ان هذه الجواهر التى وهبنا الله إياها تتأثر من المسكرات والمخدرات التى تصل إليها عن طريق الدم فتمتصها خلايا الأجهزة العصبية وقد تحدثنا سابقاً عن الخلية العصبية وقلنا أن لها جسماً ممتلئاً بمادة الحياة البروتوبلازم وعندما تدخل المخدرات وتعايش مادة البروتوبلازم نشاهد بالمناظير المكبرة أن هذه المادة الحية تضطرب وتبعاً للمواد السامة التى تدخل الى أجسام الخلايا العصبية فمنها ما يسرع بحركة المادة الحية ومنها من يقلل من الحركة ومنها ما يثير الحركات التشنجية وكل هذه المؤثرات لها محصلة واحدة هى التنبيه الشديد أو التهدئة الشديدة أو ما يؤدى الى النوم أو ما يؤدى الى الهلوسة واضطراب الأحاسيس وكأن الانسان يرى بالاذنين أو يسمع بالعينين أو يلمس باللسان والشم نتيجة اضطراب وظائف الأنسجة واضطراب التوصيلات الكهربية فى هذا الكيان العصبى المنظم والمتناهى فى الدقة .

إن هذه التأثيرات على البروتوبلازم (مادة الحياة) تجعل هذه المادة تعتمد على هذه المخدرات والمسكرات .

افيونات المخ

أوجد الحق عز وجل وخلق الخالق العظيم نظاماً دفاعياً هو فريدا فى نوعه إذ تقوم خلايا

المخ بإفراز مادة تسمى (الاندورفين) أو أفيونات المخ وعندما تنقل الأحاسيس المختلفة الى المخ ما يعرضها للتوتر أو الدمار أو زيادة الجهد فأن خلايا الأجهزة العصبية تفرز تلقائياً مادة الاندورفيين التى تذهب الألم والتوتر وتعيد التوازن .

فسبحان الخالق الذى أحسن كل شيئ خلقه وعالجه علاجاً تلقائياً بلا مقابل .

ولننظر الى قوله تعالى لهؤلاء المؤمنين الذين ازداد توترهم وضاقت عليهم أنفسهم ولكنهم استبصروا بطاقاتهم التى علمهم الحق إياها . أنهم يشعرون أن الصبر يولد فرجا ويجعل من العسر يسرا فيصبرون ويصبرون وعندئذ يوعدهم الحق بفيض من طاقاته وما أقرب طاقة الاندورفين وكلما صبروا كلما زاد أنسياب هذه المادة انهم يعيشون قوله تعالى (**ربنا افرغ علينا صبرا**) يعيشون ذلك القول سلوكياً وعملياً فيفرغ عليهم من طاقاته التى خلقها فى ذات أجسامهم كما يهبهم الصمود والثبات وكلها تعين على سرعة التخلص من التوتر .

أثر المخدرات والمسكرات على إفراز الاندورفين

ويأتى الانسان الذى خلقه الحق فى أحسن تقويم يأتى ويخالف ويتعاطى المسكرات والمخدرات وعندئذ تعتمد خلايا أجهزتهم العصبية على هذه السموم ويتوقف إفراز المادة الطبيعية الاندورفين ويصبح الانسان معتمداً على المخدرات والمسكرات الخارجية التى تذله وتقهره وتميت خلاياه ويضطرب جسمياً ونفسياً واجتماعياً واقتصادياً وقد أنفق أمواله للحصول على التهدئة دون جدوى ويعانى قهراً مستمراً وكان الحق عز وجل يعالجه دون مقابل بإفراز تلقائى طبيعى مناسب لايؤثر على الخلايا أو يضعفها أو يميتها .

التعاطى والادمان وأثارهما

يلجأ المدمنون الى تعاطى المخدرات بطرق مختلفة منها : الاستنشاق ، والبلع ، والحقن تحت الجلد ، أو فى العضلات أو فى الوريد ، وبعد امتصاص المادة فى جسم الانسان وحتى الوقت الذى تطرح فيه ، تحدث سلسلة من عمليات التمثيل الغذائى ، وتختلف الآثار ، باختلاف القدر المتناول من المادة ، وباختلاف انتظام وتكرار تناولها ، ولذلك قد تحدث المخدرات تسممات حادة قصيرة الأجل ، وقد تحدث تسممات مزمنة طويلة الأجل .

وسواء كان بدء التعاطى للعلاج ، أو لمتعة كاذبة ، أو للتجربة ، أو تشبهاً بالبيئة أو الجماعة أو الصحبة ، فان هذا التأثير الذى تحدثه العقاقير يمثل المرحلة الأولى لتأثير

المخدرات ، وعندما يفشل المتعاطى فى الحصول على نفس الأثر بعد تكرار التعاطى يضطر الى اللجؤ الى جرعات أكبر فأكبر لكى يحصل على الغرض المقصود ، ويطلق على هذه الحالة حالة نشؤ الحساسية المخففة وهى تمثل المرحلة الثانية ، فإذا أصبح التعاطى بصورة منتظمة متكررة واضطرب الجسم عند انقطاع تعاطى العقار ، وهذا هو الادمان أو الاعتماد البدنى ، ويمثل المرحلة الثالثة . وإذا انقطع المدمن بعد ذلك عن المخدرات ظهرت عليه أعراض الامتناع ، وكثيراً ما تكون مؤلمة وقاسية بل ومميتة أحياناً ، كما هو الشأن فى ادمان الباربيتيورات ومستحضرات الأفيون ، وتشير بعض البحوث الى أن بعض المواد لاتؤدى الى الاعتماد البدنى بل تؤدى الى اعتماد نفسى ملحوظ ، وهذا يخلق اضطرارا أشد لتعاطى العقار بانتظام كاحالة الكوكايين والقنب وعقار ثانى ايثلاميد حامض اليسرجيك (L.S.D.) ، وكثيراً ما يدفع الاضطرار النفسى ، وهو أكثر قوة من الاضطرار البدنى ، الى العودة الى تعاطى العقار ، حتى بعد أن يكون الانسان قد تطهر من تعاطيه فترة طويلة ، وذلك إذا استمرت العوامل الشخصية أو الاجتماعية التى أدت إليه فى أول الأمر موجودة بغير تغيير .

أعراض الانسحاب

وهذه الأعراض أعراض بدنية أو نفسية تدفع المدمن الى العودة سريعاً الى تعاطى المخدر فهو مقهور إليه لايستطيع معه خلاصاً وعندما تظهر هذه الأعراض يطلق على المتعاطى أنه وصل الى مرحلة الادمان الحقيقى .

الأعراض الجسمية

كعدم القدرة على النوم والضعف العام والآلام جسمية — والصداع — وازدياد القلق والضعف الجنسى ، وذهاب الرغبة الجنسية ، والاسهال ، وازدياد إفرازات الأنف ، وضعف الشهية ، وزيادة الاحساس بالاكتئاب وزيادة إفراز دموع العينين ، وزيادة رعشات الأطراف ، وتكرار التبول ، وتنميل الأطراف ، والدوار ، والعرق الغزير ، وخفقان القلب ، والقئ ، والشعور بالغثيان ، وسرعة القذف والتشنجات .

وتختلف حدة هذه الأعراض من شخص لآخر ومن إدمان الى إدمان آخر وكلها مجهدة للجسم وتدفع بالمدمن الى حظيرة الادمان والى كراهية التوقف خوفاً من العودة للآلام .

تفاقم مشكلة الادمان

وتؤكد تقارير شعبة المخدرات بهيئة الأمم هذه الحقائق ، وحتى سنوات قليلة مضت ، كانت إساءة استعمال العقاقير ترتبط بفئات تمثل شرائح الدخول الدنيا ، أما الآن فقد امتد خطر المخدرات ليشمل كل الطبقات الاقتصادية والاجتماعية وخصوصاً فئات الناس الأصغر سناً ، سواء أكانوا من الطلبة أو العمال أو الحرفيين ، ومن الظاهر أن هذه الفئات الأخيرة يتزايد بين أفرادها الاقبال على تعاطى المخدرات ، وخصوصاً العقاقير النفسية ، وأصبحت حوادث الطرق وجرائم العنف والاغتصاب ومعدلات الانتحار المرتفعة وحالات الوفاة المفاجئة بسبب الجرعات المفرطة ، أمراً شائعاً ، وكانت هذه الحوادث أكثر وقوعاً فى المناطق التى تعانى من اشتداد الخلل الاجتماعى .

وبازدياد تزاحم السيارات على الطرق ، أصبحت المخدرات أكثر خطراً ، ذلك أن تعاطى العقاقير ذات التأثير النفسى ، بصورة منفردة أو مع مواد أخرى ، ولاسيما الكحول ، يؤثر على المهارات الحركية النفسية والقدرة على القيادة ، مما يشكل خطراً جسيماً على كل المستخدمين للطرق .

وقد أثبت الخبراء أن المدمن على مستحضرات الأفيون والبابيتورات ، لايواجه خطر التسمم المزمن فحسب ، بل والموت أيضاً من جرعة مفرطة ، وقد يؤدى سوء استعمال المنبهات مثل الامفيتامينات أو الكوكايين الى فقد الشهية وإضعاف الجسد وإحداث تغييرات جذرية فى السلوك بينما تحدث المواد المهلوسة تغييرات فى الحالة الذهنية شديدة التعقيد ، مثل تغيير الاحساس بالزمن ، وتشوه الادراك البصرى والسمعى ، بل تؤدى الى ردود فعل تتسم بالهلع والخيلاء ، ويؤدى الحشيش الى حالة خطيرة من التبلد وفقدان الدوافع .

وقد يصبح العقار الذى يتعاطاه المدمنون هو الهدف الوحيد فى الحياة ، فإذا ما عجزوا عن الاحتفاظ بعمل ثابت ، فانهم كثيراً ما يضطرون للتحول الى الجريمة أو البغاء أو الاتجار فى المخدرات ، وذلك بغية الحصول على المال .

ويقطع المدمن عادة كل الراوبط مع الذين لايشاركونهم إدمانهم ، ويعزلون أنفسهم فى عالم المخدرات ، ولذلك فان تحويل المدمن عن الادمان لايعتبر كافياً فى ذاته بل لابد من مساعدته على الخروج من عزلته واتصاله بالمجتمع الطبيعى مرة أخرى .

ويتضح من البحوث التى قامت بها شعبة المخدرات كذلك أنه على الرغم من أن التأثيرات العصبية للعقاقير التى تحدثها مادة معينة ، لاتختلف كثيراً من فرد الى آخر ، إلا أن الآثار

النفسية والسلوكية تتسم بطابع ذاتى أكثر وضوحاً ، وهناك ثلاثة عوامل أساسية تحدد ردود الفعل النفسية : تجربة الفرد السابقة مع العقاقير ، وموقفه تجاه العقار ، ودوافعه لتعاطيه ، وذلك بالاضافة الى أن البيئة التى يتم تعاطى العقار فيها قد تؤثر أيضاً على تجربة الفرد ، ويصدق هذا بصفة خاصة على القنب والكوكايين والمهلوسات .

ويمكن تقسيم الذين يتعاطون العقاقير والمواد المتصلة بها دون موافقة طبية الى ثلاثة فئات :

(أ) المجرب ، وهو الذى يتناول المادة على سبيل التجريب مرة واحدة ، أو حتى أكثر من مرة ولكنه لايواصل تناولها .

(ب) المستهلك العارض ، وهو الذى يستعمل المادة على سبيل الترويح واللهو من حين لآخر .

(ج) المدمن وهو الذى يستهلك المادة بصفة منتظمة ، ويعتبر رهينة لها أما نفسياً أو بدنياً ، ويكون الارتهان البدنى بصفة خاصة عند تعاطى مستحضرات الأفيون والباربيتيورات

وقد أصبح التعاطى المركب أمرا شائعاً الآن ، ويتم هذا النمط المثير للقلق من أنماط التعاطى ، أما بتناول مجموعة مواد فى وقت واحد ، أو بتناول مادة تتلوها مادة أخرى حسبما يتوفر فى السوق ، وعندما تؤخذ مادتان أو أكثر فى وقت واحد ، أو فى تتابع سريع ، فقد يؤدى ذلك الى ما يلى :

(أ) آثار إدمانية ، وذلك عندما تؤخذ مادتان أو أكثر ذات خواص متشابهة ، لأن الأثر الناجم يكون مماثلا لما يحدث إذا زيدت الجرعة عن مادة واحدة .

(ب) آثار متضاعفة ، أى أن الآثار لاتتراكم فحسب ، بل تتضاعف عدة مرات .

(ج)آثار متضادة ، أى أن أثر كل مادة قد يبطل أثر المادة الأخرى .

أضرار المخدرات على المجتمعات والدول :

والأضرار التى تقع على المجتمع من جراء المخدرات لاحد لها ، فالمخدرات تثبط أو تعدم الرغبة أو الحماس لدى المدمن فى خدمة ذاته وأسرته وعمله وإنتاجه ، وفى رفع مستوى حياته أو حياة أسرته ، ويزداد هذا الخطر بالنسبة للشباب الذين يمرون بمراحل حرجة من نموهم النفسى والاجتماعى ، وتتضاعف الاثار الضارة للمخدرات فى البلاد النامية ، حيث الموارد محدودة لمواجهة مشاكل إساءة إستعمال المخدرات ، ولأن الجيل الجديد ـ وهو نواة

التنمية ـ هو الضحية الأولى فى إساءة استعمالها .

وقد استفحلت مشكلة تهريب المواد المخدرة فى العالم كله فى السنوات الأخيرة ووجدت أجهزة المكافحة فى كل الدول تعقيدات متزايدة فى مسارات التهريب وذكاء وبراعة كبيرة فى إخفاء المخدرات .

فخطر المخدرات لايقتصر فقط على الفرد والمجتمع وإنما يمتد ليهدد سلامة واستقرار الدول ذاتها وإفساد أنظمتها السياسية وكيانها الدستورى أو الاقتصادى .

ومما هو جدير بالذكر أن عصابات المخدرات وقفت بالمرصاد لكل مسئول يحاول مطاردتها أو القضاء على تهريب المخدرات والاتجار فيها ، حتى أن وزير العدل الكولومبى دفع حياته ثمناً للاجراءات الصارمة التى اتخذتها كولومبيا لمكافحة المخدرات .

ويؤكد تقرير لجنة المخدرات فى دورتها الثالثة والعشرين فى فينا سنة ١٩٧١ أن مصر من أكثر دول العالم تأثراً بمشكلة المخدرات وأن تسهيلات العلاج التى تقدم للمدمنين فى دول الشرقين الأدنى والأوسط ومن بينها مصر غير كافية .

كم تفقد مصر نتيجة إدمان بعض أبنائها

وقد استبان من ندوة علمية (ندوة الأهرام) عام ١٩٨٢ أن المخدرات فى مصر بكل أنواعها وبخاصة الحشيش والأفيون ، تعتبر (غولا) يفترس تنمية المجتمع المصرى ، إذ أن ما تدفعه مصر ثمناً للمخدرات المهربة إليها من الخارج بالعملة الصعبة يقدر بسبعمائة مليون جنيه ، وهذا الرقم فى ذلك الوقت يساوى :

ـ نصف ثمن الصادرات المصرية ، صناعية وزراعية وغيرها فيما عدا البترول
ـ كل عائدات مصر العالمية من قناة السويس .
ـ كل دخل مصر من السياحة .
ـ ثلث مجموع ما تدفعه الدولة من دعم للسلع الغذائية الأساسية .
ـ نصف مجموع مرتبات كل العاملين فى القطاع العام .
ـ أكثر من مجموع ما تحصل عليه الدولة من ضرائب على الايراد العام وعلى الدخول .

هذا بجانب ما تتحمله ميزانية الدولة من إنفاق على أجهزة مكافحة المخدرات والعلاج بالاضافة الى ما يدفعه المدمنون فى مصر ثمناً لشرائها ، بجانب الضرر الذى ينزل بمتعاطى المخدرات وبأسرهم وينتقص من قدرتهم على العمل والانتاج .

الأبحاث العلمية حول الادمان

أ) المركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنائية :

ومن بين النتائج الهامة التى تكرر ظهورها فى عدد من البحوث العلمية التى أجراها المركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنائية فى القاهرة ، أن تعاطى المخدرات غالباً ما يبدأ بين سن ١٥ سنة و ١٧ سنة ، وهو العمر الذى يغلب أن يبدأ الشاب عنده تدخين السجائر وتعاطى العقاقير النفسية والمخدرات الطبيعية والكحوليات ، وتكرر ظهور هذه النتيجة بالنسبة لتلاميذ المدارس الثانوية ، والمدارس الفنية المتوسطة ، وبالنسبة لشرائح أخرى من المجتمع ، أما الشباب بعد سن العشرين فتقل بينهم نسبة من يبدأون التعاطى ، ثم يزداد التناقص بين من بلغوا سن ٢٤ سنة ، ويزداد ، بصورة أكبر بين من بلغوا سن ٣٠ سنة أو أكثر .

وبالنسبة للحشيش اتضح أن نحو ١٣,٨٪ من أفراد عينة البحث قد بدأوا التعاطى قبل سنة ١٦ سنة ، وأن ٥٧,٩٪ بدأوا التعاطى بين سن ١٦ ، ٢٢ سنة أما بقية أفراد العينة فقد بدأوا فى سن لايزيد على ٢٨ سنة بنسبة ٢٨٪ .

واتضح أيضاً أن ٧٣٪ من أفراد العينة قد واصلوا تعاطى المخدر منذ بدأوه أول مرة ولم يستطيعوا الاقلاع عنه .

ولوحظ أن فئات الشباب ، وبخاصة أفراد فئة الحرفيين وفئة التجار ومن يعملون فى محيطهم فى الريف أو الحضر – فى ضوء المستوى الاقتصادى المرتفع الذى وصلوا إليه – يقبلون على تعاطى المخدرات بأنواعها ، وربما كان من أهم أسباب إغراء هؤلاء على تعاطيه قبول تجار المخدرات بيعها لهم بثمن مؤجل .

ب) الجمعية المركزية لمكافحة المخدرات :

اتضح من البحث الذى قامت به الجمعية المركزية لمكافحة المخدرات سنة ١٩٨١ / ١٩٨٢ أن الأفيون بدأ يقل الاقبال عليه لارتفاع ثمنه ، وانتشرت أنواع رديئة منه مزجت بمواد أخرى كأوراق الأشجار وبعض الأعشاب ، وراجت بين صفوف المدمنين أنواع من (البرشام والأقراص والسفوف) منها كبسولات مركبة بطريقة علمية يطلق عليها المتعاملون (مجموعة) ، وكبسولات طبية تستخدم أصلا لتسكين الألم مثل بربوكسين وبونيستان ، وكبسولات أخرى ذات تأثيرات طبية مختلفة ، ومساحيق مغلفة فى لفافات من الورق الرقيق تدل على طريقة تغليفها على أنها أعدت بطريقة علمية فنية وتخلط عادة بالشاى أو القهوة ، ومستحضرات طبية على

هيئة شراب كتلك التى تستخدم فى علاج السعال ويتناول المدمن منها نصف زجاجة وأحياناً زجاجة كاملة فى المرة الواحدة ، وامبولات للحقن بقصد تخفيف الألم وتمزج أحياناً بالشاى .

وتصحب مثل هذه المواد أحياناً نشرات للتعريف بها ، وكثير من الصيادلة يعرفونها بخبرتهم ماعدا البرشام المركب من مواد مختلفة أو بعض الامبولات مجهولة الاسم .

وبتحليل عينات من الأفيون الذى أمكن الحصول عليه تبين أن أربع عينات منه فقطكانت جيدة وغير مخلوطة بمواد أخرى ، أما باقى العينات فقد اختلفت فى درجة خلطها ، وكان بعضها مخلوطاً بطريقة علمية فنية ، ومنها ما كان مخلوطاً بمواد معينة مثل باربيتورات الصوديوم وسلفات الكينين ، وبودرة دوفر .

وبعض الكبسولات المصنعة محلياً تحتوى على مجموعة مكونات هى : كينين ، نوفالجين ، كودايين ، أسبرين ، بودرة ميندراكس .. الخ .

أما الأشربة فمنها شراب توسيفان ، وشراب كوديرونست ، ومحلول البسوليكسفور ، وقد لوحظ أن الجهة التى تنتج شراب التوسيفان قد قامت بانتاج ثلاثة أنواع منه ويبدو أن هذا كان تمويها منها لتضليل المدمنين ، ولكن هؤلاء سرعان ما اكتشفوا الخدعة وأصبحوا يشترون النوع الذى يناسبهم كمدمنين .

أما الحقن فمنها الفاكوسفين والجافان .

ومن الأقراص لومينال ، فينوباربتون ، أتيفان ، ريتالين ، كيدوستين ، فيجاسكين ، ترانكلان .. الخ .

ويتضح من ذلك كله أن المدمنين ، بسبب غلاء المواد المخدرة ، أصبحوا يتجهون الى الاعتماد على الأدوية المسكنة أو التى لها تأثير فعال على خلايا المخ .

بل أن غلاء الهيروين أدى الى خلطه بمواد أخرى حتى يزيد وزنه وتقل كمية الهيروين النقى فيه ، ولكن المواد التى يخلط بها على درجة كبيرة من الخطورة لأنها مواد سامة مثل الاستركنين والايفدرين وسيانور البوتاسيوم واليوهمبين التى تسبب جرعة منها لاتتعدى أربعة ملليجرامات الوفاة السريعة ، بالاضافة الى وجود مواد مخففة مثل الدقيق والنشا ، وهذا ما كشفت عنه دراسات المركز القومى للبحوث .

ومن الملاحظ الازدياد المفاجئ فى تعاطى الهيروين فى مصر بعد أن كان هذا المخدر قد اختفى فجأة فى المجتمع المصرى ، وربما كانت هذه العدوى الوبائية قد انتقلت أخيراً الى مصر

عن طريق الشباب العائدين من دول أوربية يجتاحها وباء الهيروين ، ورغم ما يسببه هذا الهيروين من دمار سريع للحياة وتعجيل بالموت إلا أن سوقه تزداد انتعاشاً والاقبال عليه يزداد اتساعاً .

وازدادت المؤثرات العقلية أو النفسية ازدياداً سريعاً وانتشرت بين صفوف الشباب وخصوصاً الطلبة ، ووصل انتشارها الى صفوف الطالبات أيضاً ، واحتوت حقائب بعض الطلبة والطالبات هذا النوع من المؤثرات النفسية ، حتى أن تعاطيها فى كثير من الحالات لم يعد سراً بل أصبح ضرباً من المباهاة ، مثلها كمثل السجائر التى أصبح تدخينها لدى الشباب ، ومنهم صغار لايتجاوزون الثانية عشرة ، نوعاً من المثل التى يرون ضرورة التحلى بها إظهاراً لرجولتهم .

دراسة (إحصائية) لسمات الشخصية لمجموعة من المعتمدين على الأفيون من المصريين الذين تطوعوا للعلاج

فى المرحلة الأولى من مشروع تقييم العلاجات الطبية للمعتمدين على الأفيون وهو المشروع الذى أقيم فى الجمعية المركزية لمنع المسكرات ومكافحة المخدرات بالاشتراك مع المؤسسة القومية للصحة النفسية بواشنطن ، استقبلت عيادة العتبة ١٣٨ من مدمنى الأفيون واستقبلت عيادة أولى العزم الملحقة بمسجد أبو العزايم ٨٠ مدمناً وجميعهم من المتطوعين الذين حضروا الى العيادتين بحثاً عن العلاج الطبى لعلاج الادمان .

ومن بين وسائل البحث تم إعداد جدول ببيانات خاصة قام بتطبيقه على المرضى مجموعة من الأطباء النفسيين والاخصائيين النفسيين والاخصائيين الاجتماعيين ممن تلقوا تدريباً خاصاً لاعدادهم لهذه الدراسة . وقد تضمن الجدول ٢٤٥ بنداً تتعلق كلها ببيانات إحصائية وفيما يلى بيان بالمجالات التى تناولتها الأسئلة :

١ ـ التاريخ العائلى .
٢ ـ سنوات النضج الأولى .
٣ ـ درجة التعليم .
٤ ـ الوظيفة أو العمل .
٥ ـ الحالة الاجتماعية والاقتصادية .
٦ ـ النمو الجنسى .

٧ ــ الموقف من الزواج والاتزان العقلى .
٨ ــ التكيف العام .
٩ ــ وقت الفراغ .
١٠ ــ مدى الالتزام باحترام القوانين .
١١ ــ نوع المخدر المختار .
١٢ ــ تاريخ التعاطى .

وقد ظهر من التحليل المبدئى للمعلومات أن المجموعتين متشابهتان بالنسبة لمعظم البنود . لذلك فقد تقرر تجميع المعلومات الخاصة بالمجموعتين واعتبارهما مجموعة واحدة كبيرة تتكون من ٢١٨ فرداً ، وكان كل الأفراد من الذكور الذين يعيشون فى القاهرة الكبرى وتتراوح أعمارهم بين ١٥ ــ ٦٥ سنة .

١ ــ التاريخ العائلى :

أظهرت حقائق التاريخ العائلى أن الغالبية العظمى تنتمى الى الطبقة المتوسطة الدنيا أو من العائلات الفقيرة . وقد أقر ٧٢٪ من الحالات أن الأباء كان لديهم الدخل الكافى لمواجهة أعباء الحياة . وباستثناء ١٦,٦٦٪ من الأباء ممن يعملون فى وظائف مدنية بسيطة و ٢١٪ ممن يعملون فى بعض الحرف فان الباقين كانوا موزعين على شريحة عريضة تضم عمالا فنيين ونصف فنيين وغير فنيين (المهن الكهربائية ــ صناعة النسيج ــ حرفة السباكة ــ التعليب ــ النجارة ــ عمال المقاهى ــ الزراعة) وكان حوالى ٦٠٪ من الأباء أميين و ٢٦,١٦٪ نصف أميين أما الباقون فكانوا موزعين على جميع مستويات التعليم .

وكان هناك عدد من الأسئلة يتعلق بأمهات المتطوعين . وأثبت ٣٨,٠٧٪ من أعضاء المجموعة أن أمهاتهم على قيد الحياة فى أحين أقر ٦١,٩٣٪ منهم أن أمهاتهم لسن على قيد الحياة .

وبالنسبة للتعليم أقر ٨٨,٠٧٪ منهم أن امهاتهم أميات كما أقر ٩,٦٣٪ منهم أن امهاتهم شبه أميات وقال شخص واحد فقط أن أمه قد أتمت تعليمها الابتدائى أما باقى المجموعة فأما أنهم لايعلمون أو أنهم لم يبينوا حقيقة الأمهات .

وقد كنا حريصين على استكشاف نوع التكيف السائد بين عائلات المتطوعين . وقد أقر ١٧,٤٣٪ منهم أن الوالد كان كثيراً ما يتغيب عن البيت لفترات قصيرة فى حين أقر ٧٤,٣١٪

بعدم حدوث حالات تغيب الوالد بينما لم يجب عن هذه الفقرة ٨,٢٦٪ من الحالات . كما أقر ٣٨,٥٣٪ من المعتمدين أن الأب يعيش مع الأم فى حين قال ٦١,٧٤٪ أن الوالد لم يكن يعيش مع الأم وعلى كل فان غالبية حالات الانفصال هذه كانت بسبب وفاة أحد الوالدين .

وعندما سئلوا عن وجود خلافات عائلية بين الوالدين أقر ٣٥,١٥٪ منهم بوجود هذه الخلافات وقال ٤١,٢٨٪ منهم أن الوالد كان يعامل الأم بخشونة .

وكنا مهتمين أيضاً بمعرفة وجود أى تاريخ للادمان فى العائلة . وقد قال ٥٢,٢٣٪ من الحالات أن الوالد لم يكن يستعمل المخدرات إطلاقاً وقال ١٩,٢٧٪ أن الوالد كان يدخن

السجائر فقط وقال ١٢,٣٩٪ أنهم لايعرفون شيئاً عن هذه النقطة . وقال ٤٤,١١٪ من الحالات أن الوالد كان يستعمل مواد منشطة من بينها الأفيون فى ٢٧,٤٤٪ من الحالات كما أقر ٩,٦٣٪ من المعتمدين أن الوالد كان يدعوهم للمشاركة فى تناول المخدر كما اعترف ٢٥,٦٩٪ من المعتمدين أن اخوتهم كانوا يستعملون المخدرات ولكن لم ترد ولا حالة واحدة عن تعاطى الأم لأى نوع من المخدرات أو الخمور .

وهكذا فقد زودنا القارئ بتقرير واف عن التاريخ العائلى لمجموعة المتطوعين وهذه المعلومات ذات صبغة بيانية فقط ولايمكن الوصول الى أى استنتاج عن وجود علاقة بين هذه المعلومات وبين الادمان إلا إذا عقدنا مقارنة بين هذه المعلومات ومعلومات أخرى مشابهة عن مجموعة أخرى للمقارنة (من غير المدمنين) .

٢ ـ سنوات النضج الأولى :

أثناء فترة الطفولة كان ١٥,٥٪ من الحالات يعانون من الثأثأة فى الكلام و ٦٪ من قضم الأظافر و ٧٪ من التبول اللاارادى و ١٪ من المشى أثناء النوم و ٠,٧٢٪ من حركات غير عادية و ٤,٣٥٪ من الفزع أثناء النوم أى أن حوالى ٣٣,٥٪ كانوا يعانون من صورة أخرى من أعراض المرضى النفسى .

وقد جرى التركيز أيضاً على العلاقة بين المدمن ووالده ووالدته . وقد أقر ١٠٪ من الحالات أن علاقاتهم بالولد ليست على مايرام فى حين أقر ٢٪ من الحالات أن علاقاتهم بالأم لم تكن طبيعية . كما أقر ٥ من المدمنين أنهم يكرهون الأب فى حين أقر ٤ أنهم يكرهون الأم . وقد بين ٤,١٢٪ من الحالات أن أباءهم يكروهونهم فى حين لم يقل أحد أن أمه تكرهه .

وفيما يختص بعفو الوالدين عن سوء سلوك الأبناء أقر ٤٨,١٦٪ من الحالات أن الآباء لم يعفوا عنهم فى حين اعترف ٨٠,٧٣٪ من الحالات أن الأمهات يعفون . كما تبين أن ٢٠٪ من الأباء كانوا قساة على أبنائهم فى حين كانت النسبة بالنسبة للأمهات القاسيات ٤,٥٪ وهذا يبين حقيقة أن العلاقة بين بعض المدمنين وآبائهم فى فترة الطفولة كانت متوترة .

٣ ـ درجة التعليم عند المعتمدين :

بلغت نسبة الأمية بين المعتمدين ٤٨,٦٢٪ كما أن ٣٧,٦١٪ منهم كانوا اما شبه أميين أو انهم أكملوا التعليم الابتدائى . أما الباقون فكانوا يمثلون درجات مختلفة من التعليم .

وقد وجد أن ٢٤,٧٧٪ ممن التحقوا بالمدارس كانوا يهربون من المدارس ، وأن ١١,١٠٪ كانوا مشاغبين وذوى ميول عدوانية كما أقر ٢,٢٩٪ منهم أنهم كانوا يتعاطون المخدرات فى سن المدرسة ، كما كان ٥٣,٦٢٪ منهم منطلقين . ويلقى هذا البيان الضوء على المستوى التعليمى مما يدل على أن معظمهم كانوا من ذوى المشاكل فى الدراسة .

٤ ـ الوظيفة أو العمل :

كانت المجموعة موزعة بين أنواع مختلفة من العمال المهرة وغير المهرة ومن الملاحظ أن بعض الأعمال كانت لها نسبة عالية مثل صغار موظفى الخدمة المدنية (١٢,٣٨٪) والحرفيين (١١,٤٧٪) وسائقى اللوريات والعربات (١,١٧٪) وحرفة الهندسة الميكانيكية (٧,٨٪) .

٥ ـ الحالة الاجتماعية والاقتصادية :

وضع فى الاعتبار من المؤشرات قياس الحالة الاجتماعية والاقتصادية فكان هناك ٢,٣٠٪ عاطلين وهكذا لم يكن من الممكن تقدير دخل شهرى فى حالاتهم ولكن ٣٣,٤٩٪ من الحالات أقروا أنهم يكسبون ثمانين جنيهاً أو أكثر فى الشهر كما أن نسبة قليلة منهم تصل الى ٢٠٪ كانوا يحصلون على دخل يتراوح بين ٦٠ جنيهاً وأقل من ٨٠ جنيهاً وكانت المجموعة الباقية موزعة على مستويات أقل من هذا الدخل . وبمقتضى المعايير المصرية فان هؤلاء لايعتبرون فى حالة فقر مدقع . ومن المعايير العامة على المستوى الاجتماعى الاقتصادى المعلومات الخاصة بمسكن المدمن . وظهر أن ٢٠,١٨٪ من الحالات يملكون السكن الذى يقيمون فيه أما الباقون فكانوا يستأجرون مساكنهم . و ٧٤,٧٧٪ من الحالات كانت لديهم مياه جارية والتيار الكهربائى فى مساكنهم فى حين أن ١٢,٨٤٪ كان لديهم التيار الكهربائى فقط ٤,١٣٪ فقط كانت لديهم المياه الجارية ولكن بدون كهرباء أما الحالات الباقية حوالى ٨٪ فلم يكن لديها ماء ولا كهرباء . كما سئل أعضاء المجموعة عن حجم مساكنهم وقال ٧,٣٤٪ منهم أنهم يسكنون فى أربع غرف و ٢٦,٦٪ يسكنون فى ثلاث غرف و ٣٦,٢٤٪ يسكنون غرفتين فى حين قال ٢٦,١٥٪ أنهم يسكنون غرفة واحدة وعندما سئلوا إذا كان لديهم ما يكفى من الاثاث أجاب ٧٦,٦١٪

بالايجاب . وهكذا تبين من معاييرنا أن مجموعة المعتمدين لم تكن وضيعة من الناحية الاجتماعية والاقتصادية .

٦ ـ النمو الجنسى :

تبين أن سن النضج قبل الرابعة عشرة حدث فى ٨,٧١٪ من الحالات وفى سن ١٤ فى ١٧,٤٣٪ من الحالات وفى سن ١٥ فى ٢٥,٢٢٪ من الحالات وفى سن ١٦ فى ١٧,٤٣٪ من الحالات وفى سن ١٧ فى ٩,٦٣٪ من الحالات وفى سن ١٨ فى ١٤,٦٧٪ من الحالات .

وبدأت مزاولة العادة السرية قبل سن الخامسة عشرة فى ١,٣٪ من الحالات وقبل سن العشرين فى ٢١,١٪ من الحالات وقبل سن الخامسة والعشرين فى ٨,٣٪ من الحالات وقبل سن الثلاثين فى ٤,٥٪ من الحالات وقبل سن ٣٥ فى ٢,٣٪ من الحالات وكانت نسبة من زاولوا العادة السرية من أفراد العينة ٣٨٪ وبلغت نسبة حالات الاتصال الجنسى بالجنس الآخر قبل الزواج ٣٣,٤٨٪ فى حين بلغت نسبة الاتصال الجنسى بنفس الجنس ٢,٢٪ وذلك قبل سن العشرين وكان المعتمد هو الفاعل وكانت هذه العلاقات بنسبة ١,٣٪ من مجموع الحالات وكانت فترة هذه العلاقات الجنسية الحقلية أقل من أسبوع فى ٠,٩٪ من الحالات ولمدة أقل من ستة شهور فى ١,٣٪ من الحالات . وقد ظهر من الحياة الجنسية للمتزوجين أن تكرار الجماع فى بدء الحياة الزوجية كان بمعدل مرة فى اليوم فى ٢٨,٥٪ من الحالات ومرتين فى ١٣,٢٢٪ وثلاث مرات فى اليوم فى ٧,٤٪ من الحالات وأكثر من ثلاث مرات فى اليوم فى ٦,٩٪ من الحالات فى حين أنها كانت مرة فى الأسبوع فى ٥٪ من الحالات ومرتين فى الأسبوع فى ٨,٣٪ من الحالات وثلاث مرات فى الأسبوع فى ٧,٦٧٪ من الحالات وأكثر من ثلاث مرات فى الأسبوع فى ١,٣٪ من الحالات وهى نسبة أعلى من المعدل كثيراً .

وعندما قورنت هذه النسب بالنسبة الحالية لمرات الجماع بالنسبة للمتزوجين فى الوقت الحاضر عندما حضر هؤلاء المدمنون للعلاج فانها تغيرت كما يلى : ٣,٦٪ مرة فى اليوم و ١,٤٪ مرتين فى اليوم ومرة واحدة فى الأسبوع فى ١١,٩٪ من الحالات ومرتين فى الأسبوع فى ٨,٧١٪ من الحالات وثلاث مرات فى الأسبوع فى ٦,٤٪ من الحالات (أنظر الجدول) .

أما عدم الاشباع الجنسى أثناء الجماع فقد أقر به ٥٦٪ من الحالات وكان هذا بسبب ضعف الرغبة فى ١٣,٣٩٪ من الحالات وتسبب ضعف الانتصاب فى ٣٩,٩٪ والقذف المبكر فى ٣,٢٪ ولضعف الرغبة الجنسية عند الزوجة فى ٠,٤٥٪ من الحالات .

وقد حاول ١٨,٩٪ من هذه الحالات معالجة هذا الوضع بالعلاج الطبى ولجأ ٠,٤٥٪ للوصفات البلدية فى حين لجأ ٨,٧٢٪ لاستعمال المخدرات . وكان المخدر المستعمل هو الأفيون فى ٧,٣٤٪ من الحالات والحشيش فى ٢,٣٪ من الحالات فى حين لجأ ٠,٤٥٪ لمخدرات أخرى . وقد ساعدت هذه المخدرات على زيادة النشاط الجنسى فى ٧,٣٤٪ من الحالات وأدت الى ضعفه فى ٠,٤٥٪ من الحالات ولم يكن لها أى تأثير فى ١,٣٦٪ من الحالات . وقد ثبت أن ١,٨٣٪ من الحالات استمروا فى استعمال المخدرات للحصول على اللذة الجنسية فى حين أن ٥,٦٪ منهم توقفوا عن ذلك بينما عمد ١,٨٣٪ منهم الى زيادة الجرعة فى حين أن ٠,٩١٪ منهم تحولوا الى أنواع أخرى من المخدرات .

وقد كانت نتيجة استعمال الأفيون على الرغبة الجنسية والاشباع الجنسى إيجابية فى ٣٨,٣٥٪ من الحالات بينما أدى هذا الاستعمال لاضعافها فى ٢٥,٦٨٪ من الحالات . كما أن المعتمدين أقروا أن الأفيون ساعد على تقوية الانتصاب فى ٢٢٪ من الحالات وأخر القذف فى ١١,٤٦٪ من الحالات وأنه أدى الى الارتخاء فى ١٣,٣٠ من الحالات .

كما أقر المعتمدون أيضاً أن التوقف عن استعمال الأفيون قد حسن الرغبة الجنسية والاشباع الجنسى فى ٦,٤٢٪ من الحالات وأنه قد أضعفها فى ٣٩,٩٪ من الحالات .

وتدل هذه النتائج على أن مدمنى الأفيون كانوا يركزون فى فترة المراهقة على الناحية الجنسية من حياتهم وكانوا ضحايا مفهوم خاطئ عن تأثير المخدرات على الناحية الجنسية وحتى عندما فشل الأفيون فى إعطائهم الاشباع الذى كانوا يتوقون إليه فانهم لجأوا الى زيادة الجرعة أو أنهم غيروا نوع المخدر بنوع آخر . إن نسبة التكرار الغير عادية لمرات الجماع يبين أنهم كانوا منغمسين فى نزوات الحياة الجنسية .

٧ ـ الموقف من الزواج :

كانت نسبة كبيرة من المجموعة متزوجين (٩٤,٤٩٪) بينهم ٨٩,٤٥٪ لديهم أطفال و ٥٩,٦٤٪ تزوجوا مرة واحدة و ٢٤,٧٧٪ تزوجوا مرتين و ٥,٥٪ تزوجوا ثلاث مرات بينما ذهب الباقون الى أربع زيجات متتالية أو أكثر . ولاشك أن هذه النسبة أعلى بكثير من مثيلاتها بين أفراد الشعب . وقد جمعت أيضاً معلومات عن الطلاق ومن بين أفراد المجموعة ٥١,٨٤٪ لم تحدث معهم حالات طلاق و ٢٠,٦٤٪ طلقوا مرة واحدة و ٦,٤٢٪ طلقوا مرتين و ٢,٧٥٪ طلقوا ثلاث مرات بينما طلق الباقون أكثر من ذلك وتزيد هذه النسبة عن النسبة المماثلة للطلاق بين

أفراد الشعب المصرى . وليس من السهل تفسير هذه الحقائق فعلى سبيل المثال يقرر ٧٢,٤٨٪ من أفراد المجموعة أنهم لايعانون من أى مشاكل مع زوجاتهم وهذا يجعلنا نعتقد أن ارجاع السبب فى تعدد الزوجات والطلاق الى عدم الانسجام فى الحياة الزوجية إنما هو تفسير ساذج وهناك تفسير آخر وهو أن مدمنى الأفيون يظهر عليهم نوع من (الانفصال الاجتماعى) وهى حالة لها عدة مظاهر من بينها عدم احترام قواعد السلوك الاجتماعى .

٨ ــ التكيف العام :

إن نفس المبدأ السابق يمكن أن يفسر بعض مظاهر عدم القدرة على التكيف . وعندما سئل أعضاء المجموعة عن مدى الرضى عن عملهم أظهر ٢١٪ من المعتمدين درجات متفاوتة من عدم الرضى كما أقر ٧,٨٪ أنهم عاطلون . وعندما سئلوا عما إذا كانوا يواجهون مشاكل ليس لها حل فى شتى نواحى الحياة أقر ٥٤,٥٩٪ منهم بأنهم يواجهون مثل هذه المشاكل .

٩ ــ وقت الفراغ :

أقر ٧,٣٤٪ من المجموعة أنهم يقضون أوقات فراغهم وهم يجلسون على المقاهى مع أصدقائهم فى حين أقر ٧٨٪ منهم أنهم يقضون أوقات فراغهم فى منازلهم .

١٠ ــ مدى الالتزام باحترام القانون :

أقر ١٥,٦٪ من المعتمدين أنهم قد ألقى القبض عليهم مرة واحدة أو أكثر وحوكموا وكانت تهمتهم الرئيسية هى إحراز المخدرات وقد حكم على حوالى ١١٪ منهم بالسجن لفترات مختلفة . أما الباقون فاما أنهم دفعوا غرامات أو انهم لم تثبت إدانتهم .

١١ ــ نوع المخدر المختار :

أقر ١٥,١٤ من الحالات أن الأفيون كان هو المخدر المختار أما الباقون فقد كانوا يتعاطون الأفيون الى جانب مواد أخرى . وفى ٤٣,١١٪ من الحالات كان المعتمدون يتعاطون الأفيون والسجائر معاً بينما ١١,٤٧٪ كانوا يتعاطون الأفيون والحشيش والسجاير فى حين أضاف ٨,٢٦٪ بعض المخدرات الأخرى والكحول بينما ٥,٠٥٪ كانوا يتعاطون الأفيون والحشيش فقط . ويبين الجدول رقم ١ كل تركيبات المخدرات التى كانت تتناولها نسب مئوية محددة من بين

المعتمدين ويبين الجدول رقم ٢ الطرق التى كان يتبعها المعتمدون فى تناول المخدرات . وبدراسة الجدول رقم ٢ يتبين أن الطريقتين الشائعتين فى استعمال المخدرات هما استحلاب المخدر أو مزجه بالشاى .

١٢ ـ تاريخ التعاطى :

نتيجة لاهتمامنا بجمع المعلومات عن تاريخ الادمان بين المعتمدين ظهرت لنا مجموعة من الحقائق الهامة منها أن ٨٤,٤٪ من الحالات بدأوا مزاولة التعاطى عن طريق أحد الأصدقاء أو الزملاء فى حين أن ١٥,٦٪ قالوا أنهم هم الذين اكتشفوا الطريق الى المخدر واستعملوه ويبين الجدول رقم ٣ بعض المعلومات الهامة بهذا الخصوص . ومن الجدير بالذكر أن ٧٤,٧٧٪ من الحالات قالوا أنهم تلقوا نوعاً من التدريب على الطريقة الفعالة لتعاطى المخدر .

وبالنسبة لعدد المرات التى كان المعتمد يتعاطى فيها المخدر يومياً تبين أن ٢٦٪ كانوا يتعاطونه من مرة الى خمس مرات يومياً بينما قال ٦٩,٢٧٪ من الحالات أنهم كانوا يتعاطونه كلما أحسوا بالرغبة فى ذلك مشيرين الى أن عدد المرات كان كثيراً أو يزداد كثيراً . واعترف ٤٣٪ منهم أن التعاطى كان يكلفهم حوالى جنيهاً واحدا فى اليوم بينما قال الباقون أن التعاطى كان يكلفهم أكثر من ذلك . وعندما سئلوا عما إذا كانوا قد حاولوا البحث عن العلاج فى أى وقت أقر ٣٤٪ منهم بأنهم حاولوا ذلك وبعضهم لجأ الى المستشفيات الحكومية أو العيادات الخارجية (حوالى ٢٢٪) فى حين ذهب البعض الآخر الى العيادات الخاصة . وقد انتحلوا فئات الأعذار لعدم استمرارهم فى العلاج فقال البعض مثلا أنهم لم يكونوا مقتنعين بالعلاج (٤,٥٩٪) وقال غيرهم ٦,٨٨٪ أن العلاج لم يكن ذا فاعلية فى حين قال آخرون ٤,٥٩٪ أن أصدقاءهم أقنعوهم بعدم الاستمرار فى العلاج .. وهكذا . وعلى كل حال فقد اكتشفنا أن مجموعة كبيرة حاولوا فى وقت من الأوقات أن يفطموا أنفسهم بأنفسهم ولكنهم فشلوا فى ذلك لسبب أو لآخر . وهكذا فان ٧٧٪ أقروا أنهم قد حاولوا من قبل أن يجبروا أنفسهم على عدم التعاطى ولكنهم فشلوا . ويبين الجدول رقم ٤ معلومات عن عدد الأشخاص الذين مروا بفترات انقطاع عن التعاطى وعندما سئلوا عن سبب عودتهم للتعاطى أقر ٣٦,٢٤٪ منهم أنهم لم يستطيعوا تحمل نتائج الانقطاع عن التعاطى فى حين أقر الباقون أنهم كانوا يتعرضون لضغط من أصدقائهم أو لضغوط أخرى كانوا يتعرضون لها فى بعض الظروف الاجتماعية الحاضرة .

إن المعلومات الديموجرافية السابقة تشكل جزءاً هاماً من المعلومات اللازمة لالقاء بعض الضوء على المتغيرات النفسية والاجتماعية الداخلة فى هذه التجربة . إننا ندرك بلا شك أن هذه المعلومات تصبح ذات معنى أكبر إذا عقدت مقارنات بين هذه المجموعة من المعتمدين وغيرها من المجموعات كمجموعة من غير المتعاطين أو ممن يتعاطون أنواعاً أخرى .. وهكذا ..

وعلى كل فان هذا سيوضع فى عين الاعتبار عند الدراسة الاحصائية لأنواع أخرى من الادمان .

جدول رقم (١)

توزيع المتعاطين حسب نوع المخدر

المخـــدر	العدد	النسبة٪
الأفيون والسجاير	٩٤	٤٣,١١
الأفيون والحشيش والسجاير والكحول	٤	١,٨٣
الأفيون والمخدرات المركبة	٨	٣,٦٦
الأفيون والحشيش والمخدرات المركبة والسجاير والكحول	١٨	٨,٢٦
الأفيون والمخدرات المركبة والسجاير	١١	٥,٠٥
الأفيون والحشيش والسجاير	٢٥	١١,٢٧
الأفيون والحشيش	١١	٥,٠٥
الأفيون والسجاير والكحول	٧	٣,٢١
الأفيون	٣٣	١٥,١٤
الأفيون والكحول	٣	١,٣٨
الأفيون والحشيش والكحول	٢	٠,٩٢
أصناف أخرى	٢	٩٢
الاجمالى	٢١٨	١٠٠,٠٠

جدول رقم (٢)
توزيع مدمنى الأفيون حسب طريقة التعاصي

المخدر	عدد المرات التكرار	النسب ٪
الاستحلاب فى الفم	١١١	٥٠,٩٢
الابتلاع والخلط بالشاى	٣	١,٣٨
الخلط بالشاى	٣٦	١٦,٥١
الابتـــــلاع	١٩	٨,٧١
الاستحلاب فى الفم والخلط بالشاى	٢٣	١٠,٥٥
الاستحلاب والابتلاع والخلط بالشاى	١٢	٥,٥٠
الابتلاع والحقن	٦	٢,٧٥
الاستحلاب والابتلاع والخلط بالشاى	٣	١,٣٨
والخلط بالماء المحلى بالسكر		
الحقـــــن	٢	٠,٩٢
الاستحلاب والحقن	١	٠,٤٦
الاجمالى	٢١٨	١٠٠,٠٠

جدول رقم (٣)
الأشخاص الذين قدموا المخدر للمعتمد

الأشخاص	عدد المرات التكرار	النسب ٪
الوالدان	٥	٢,٢٩
أحد الأخوة	١	٠,٤٦
أحد الأقارب	١١	٥,٠٥
أحد الأصدقاء	١٣	٦١,٠١
زميل فى العمل	٢٥	١١,٤٧
أشخاص آخرون	١١	٥,٠٥
الاجمالى	٢١٨	١٠٠,٠٠

جدول رقم (٤)
توزيع المعتمدين حسب فترات التوقف عن التعاطى

فترات التوقف عن التعاطى	عدد المرات التكرار	النسب ٪
أقل من سنة	٣٠	١٣,٧٦
سنة واحدة	٥١	٢٣,٣٩
خمس سنوات	٤٧	٢١,٥٦
عشر سنوات	٢٣	١٠,٥٥
خمس عشرة سنة	٧	٣,٢١
عشرون سنة	٣	١,٣٨
خمس وعشرون سنة	–	–
ثلاثون سنة	–	–
خمس وثلاثون سنة أو أكثر	١٣	٥,٩٦
لم يحاول	٤٢	١٩,٢٧
غير معروف	٢	٠,٩٢
الاجمالى	٢١٨	١٠٠,٠٠

جدول رقم (٥)
مظاهر المرض العصبى فى أول حياة المتعاطى

المظاهر	النسبة ٪
الثأثأة	١٥,٤
قضم الأظافر	٨,٧
التبول اللا ارادى	٨,٧
السير أثناء النوم	١,٤٥
الحركات الغير عادية	٠,٧٢
الفزع أثناء النوم	٤,٣٥

جدول رقم (٦)
علاقة المتعاطى بوالديه فى أول حياته

العلاقة	النسبة ٪
غير مرضية	١٣,٤
ليست طبيعية مع الأم	٨,٧
يكره والده	٥,٠٧
يكره أمه	٠,٧٢
الوالد لا يحبه	٤,٣٥
الوالد يعفو عن أخطائه	٤٤,١٩
الأم تعفو عن أخطائه	٨٩,٧٨
الوالد قاس	٢١,٧٤
الأم قاسية	٤,٣٥

القلق والاكتئاب أكثر الأسباب للجوء للادمان

أجرى بحث فى الجمعية المركزية بمنع المسكرات ومكافحة المخدرات عام ١٩٨٤ على مائتين من المدمنين على تعاطى الأفيون ويهدف البحث الى دراسة شخصية هؤلاء المدمنين قبل لجوئهم للادمان وقد تم إعداد استبيان يبين حالة المدمن قبل التعاطى وعلاقاته بوالده ووالدته وأخوته وأصدقائه وزوجته وأبنائه ورفاقه فى العمل والبيئة التى يعيش فيها وحالة نومه وانفعالاته المختلفة وشهيته للطعام وللجنس وطاقاته العملية وانتاجه وتغيبه عن عمله واحترامه للمحيطين به ونظافته ونظافة ملبسه ومسكنه وطاقات حفظه وحالته الدراسية وعلاقته مع زملائه فى الدرس وأساتذته ودرجة انطوائه وانطلاقه وسرعة حساسيته وازدياد إفراز العرق من بدنه ومشكلته الجنسية وغير ذلك من مقاييس تبين بعض سمات القلق والاكتئاب .

وقد تبين من ذلك الفحص أن ٨٥٪ من المدمنين الذى فحصوا بالاستبيان السابق كانوا يعانون هما اللذان دفعا بالمستهدف الى تجربة التعاطى لفترة ما ثم الوقوع فريسة الادمان . ويدل ذلك على أن المشاكل الاجتماعية ومشاكل الأسرة الغير مترابطة التى تضطرب فيها سمات الشخصية الوالدين الأم الجافة المندفعة . مع الأب المستسلم الوديع والأب الجاف المندفع مع الأم الخائفة الهادئة أو الأسرة التى يعيش فيها أب جاف مندفع مع أم جافية قاسية عدوانية كل هذه النماذج الثلاثة ينشأ فتيانها تنشئة خاطئة قلقة غير مستقرة وكل هذه بذور القلق والاكتئاب ثم محاولة الهروب من هذا التوتر الى المتع الكاذبة أو أخذ العلاج لخفض التوتر من المخدرات وهنا تقع الواقعة وما أدراك ما الواقعة ويستسلم الهارب القلق المكتئب الى مهاوى الادمان يوما بعد يوم وهو يفقد كل يوم آلاف الخلايا المركزية العصبية التى تتآكل وتتليف وتموت ولاتعوض فالقلق والاكتئاب الناتج من المجتمعات الضالة هو السبب الذى يؤدى الى ٨٥٪ من أفراده الى الادمان .

أسباب تعاطى المخدرات

تؤكد شعبة المخدرات التابعة لهيئة الأمم المتحدة فى كتابها الذى نشرته سنة ١٩٨٢ عن (الأمم المتحدة ومراقبة العقاقير) أن الاسباب التى تؤدى الى إساءة استعمال المواد المخدرة كثيرة متباينة ، ولعل أكثرها تأثيراً حسب الاستطلاع لدى الشباب ، هى تأثير الشبان الآخرين عليهم ، وضغط الجماعة وسوء الصحبة ، والأفكار الخادعة بقدرة المخدرات على زيادة الاشباع الجنسى وإتاحة المتعة والسرور والانشراح ، كما أن الهجرة والتحضر السريع والبطالة ونمو الأحياء الفقيرة تمثل مجموعة عوامل متشابكة مؤدية الى اختلال النظام الاجتماعى وتفشى

المشاكل الاجتماعية ، ومن أمثلة هذه المشاكل الاجتماعية ، تفسخ النسيج الاجتماعى للمجتمع ، وتفكك الأسر وضعف الاشراف الأبوى ، وانعدام المواقف الايجابية تجاه المجتمع ، وحالات الاحباط والاستلاب لاسيما بين الشباب الذين واجهوا مخاطر البطالة .

وقد يؤدى الاحساس أن الفرد غير مرغوب فيه ، والفقر والاستلاب والتوترات التى تخلفها البيئة أيضاً الى إساءة استعمال المواد المخدرة كوسيلة للهروب ، كما يبدو أن هناك علاقة بين تعاطى العقاقير وبنية المؤسسات الاجتماعية وكيفية عملها ، وقد أصبح يشار فى المجتمعات الصناعية الى المثل القائل بأن هنالك (قرصاً لكل مشكلة) ، وقد أدى ذلك الى نشوء علاقة بين الطلب المستمر على العقاقير ذات التأثير النفسى والاستعمال المتزايد للعقاقير فى هذه المجتمعات ، الأمر الذى أصبح يفرض على الأطباء اليقظة الدائمة للحيلولة دون إساءة استعمال العقاقير ، وأن عليهم أن يستغلوا علاقاتهم الخاصة بالمرضى ، فى حل المشاكل النفسية والجسدية بوسائل أخرى غير تعاطى العقاقير .

وتجدر الاشارة الى أن عصرنا يتصف بتقلبات وتوترات سياسية واجتماعية واقتصادية حادة يصعب التنبؤ بها ، وقد أصبحت هذه التقلبات والتوترات تؤثر على استجابة الأفراد والمجتمعات للمخدرات سلباً وإيجاباً .

ويرى علماء النفس والاجتماع أن حاجات الانسان النفسية والاجتماعية لاتقل عن حاجاته البيولوجية العضوية ، وتتلخص الحاجات النفسية والاجتماعية فى الحاجة الى الشعور بالقيمة والكرامة الانسانية ، والحاجة الى الحرية ، والحاجة الى الهوية ، والحاجة الى أيديولوجية متكاملة واضحة الحدود والمعالم والقيم ، والحاجة الى الانتماء ، والحاجة الى وجود سلطة ضابطة .

وبقدر نجاح المجتمع من خلال نظمه وأنساقه المختلفة فى إشباع هذه الحاجات بقدر تقدمه ونجاحه فى تحقيق حياة إنسانية أفضل ، وبقدر نجاحه فى ابتعاد أفراده عن التماس الاشباع بأساليب سلوكية غير سوية ، ومنها تعاطى المخدرات .

ويعود الفشل عادة فى ذلك الى وجود خلل أو اضطراب أو فساد فى البنية الأساسية التى يقوم عليها المجتمع ، والتى تتمثل فى نظامه الاقتصادى والاجتماعى والسياسى ، ومنظماته الثقافية التى يعيش فى ظلها ، والمنوط بها وعن طريقها تحقيق الحاجات المشار إليها .

ومن أهم المشاعر الناتجة عن الفشل فى الاشباع ، مشاعر الحرمان والاحباط ، والشعور بالضياع والاغتراب ، والشعور بالمذلة والمهانة ، والشعور بالدونية والعجز عن الكفاية ،

والشعور بالسخط والغضب والتمرد والعصيان ، وهذه المشاعر مجلبة للتوتر والقلق والألم ، مما يدفع الفرد أو الجماعة الى الفرار منها أو التخفيف منها بالسلبية والانسحاب الذى يأخذ شكل تعاطى الخمور أو المخدرات .

ولذلك فتعاطى الخمور والمخدرات يجد علته فى الاحباط ، وما يترتب على ذلك من عدوان ، وشعور دفين بالعجز وعدم الكفاية أو عدم الاعتبار للذات وشعور بالاغتراب وفقدان الهوية وشعور بذاتية خالية من القيمة والقدوة .

ووظيفة التخدير أنه يقوم بخفض القلق وتخفيف التوتر الناشئ عن مشاعر القصور والاحباط والعودة بالمتعاطى الى حالة الاتزان السار ــ وان كانت موقوتة ــ تحميه من التردى فى ضروب أخرى من السلوك قد تكون أشد خطراً .

وبقدر ما توفره الأبنية والمؤسسات الاجتماعية والسياسية والثقافية من إشباع للحاجات ومن توفير لحرية الحركة الضرورية للتعبير عن ذات الانسان ووجوده ومطالبه بقدر ما ابتعد عن أنماط السلوك الشاذ أو المنحرف ومنه تعاطى المخدرات .

مع توفير الاجراءات والتدابير التى تتيح المشاركة الشعبية فى اتخاذ القرارات والاسهام فى حل المشكلات ، وتوفير النظام والعدل ، وإشعار الناس بوجود سلطة ضابطه .

مشكلة تجار المخدرات والمهربين

وبعد أن تحدثنا عن أسباب الادمان والقلق والاكتئاب وأثاره الهروبية الى الادمان وجب علينا أن نقف وقفة نتسائل فيها « ماذا نحن فاعلون ؟ » فهناك ميل من نفس الانسان الامارة للاسراع الى ساحة الادمان وهناك صراع مع نفس الانسان اللوامة الى محاولة سلوك آخر بعيداً عن التردى فى مهالك الادمان وهذا الصراع والتوتر يدفعان الانسان الى الاختيار إما الى الادمان وإما الى الأمان مع النفس المطمئنة والدين والأخلاقيات . أما الهروب الأول الى الادمان فإن أصحابه قد زين لهم رفقاء السوء هذا الطريق ودلوهم على تجار المخدرات ومروجيها . وكثيرا ما تكون الجرعات الأولى بالمجان حتى تتمكن منهم قيود الادمان ويجتاذوا مراحله الأولى ولايستطيعون التوقف لأن ذات أجسامهم سوف تعاقبهم بآلام الانسحاب الحاد .

إن هؤلاء التجار يعرفون تماماً ما يصيب الانسان الذى يقع فريسة لهذا المرض وقد انعدم لديهم الضمير وتلاشت الانسانية ولا معايير عندهم إلا المكسب السريع رغم ما يحيط بهذا

المكسب من مخاطر . انهم المفسدون فى الأرض الذين توعدهم الحق بالقتل والنفى وعذاب الدنيا والآخرة إنهم ليسوا بناجين من الادمان وإنهم هناك يحاولون العلاج بلا إرادة تنتكس حالاتهم ويصابون بالأمراض الاجتماعية ويتفشى فيهم الطلاق والانتحار والاكتئاب والمرض الجنسى أولئك الذين اشتروا الضلالة بالهدى ولهم فى الآخرة عذاب النار .

إن كل مواطن على ثغر من ثغور هذا الوطن الذى تستبيح ثغوره عصابات المهربين وأننا جميعاً مدعون للوقوف كرجل واحد للدفاع عن هذه الحدود والضرب بيد من حديد على كل من تسول له نفسه العبور بالسموم لتهديد وهدم طاقات الشباب ويقع على حرس الحدود ورجال الشرطة عبء كبير فى عمليات التصدى لهذا الخطر الزاحف من حدودنا .

التعاطى وأثره على الحمل

وعندما تدمن الأم على أى نوع من أنواع الادمان فان الجهاز العصبى للجنين يدمن على العقار وإذا امتنعت الأم وأوقفت التعاطى فان الجنين يتشنج فى رحم أمه وربما أدى ذلك الى الاجهاض . وإذا كانت الأم مدمنة أثناء الحمل فان جنينها يعتمد كذلك على عقارات الادمان . وإذا توقفت الأم يصاب الطفل بعدم الاستقرار والبكاء والتشنج . ويدمن بعض الأطفال نتيجة وضع الأفيون خلف أذن الطفل فيمتص الى الدم ويسبب الادمان وبعض الآباء يلجأون الى تهدئة أطفالهم خطأ بوضع الأفيون تحت ظفر الأصبع الأكبر الأيمن لليد فيمتصه الطفل ويرضعه وبذلك يصاب بالادمان وهؤلاء الأطفال المدمنون تتدهور أجهزتهم العصبية سريعاً ويعوقون عن النضج والبلوغ .

تفشى الادمان فيمن تقل أعمارهم عن عشرين عاماً وبين طلبة الجامعات

وتدل احصائيات الذين يتقدمون تلقائياً للعلاج فى عيادات الجمعية المركزية لمكافحة المخدرات ومنع المسكرات أنه لم يدخل الى هذه العيادات للعلاج شباب عمره أقل من ٢٠ عاماً حتى عام ١٩٧٥ ومنذ ذلك التاريخ بدأت تزداد النسبة وزحفت بطيئاً حتى عام ١٩٨٢ عندما بدأ الهيرويين يتفشى فى المجتمع وعندئذ إزدادت النسبة بسرعة كبيرة حتى أصبحت فى بعض العيادات أكثر من ٧٠٪ من جملة الدخول وهذا مؤشر خطير وهناك مؤشر آخر وهو أنه بالنظر فى جدول الاحصائيات كنا نرى أن الأمية تحتل النسبة الكبرى فى الاصابة ولكنه منذ عام ١٩٧٥ بدأنا نرى شبابا من الجامعات يحضرون طالبين العلاج وازداد ذلك الى ١٧٪ من جملة الراغبين فى العلاج مما يعد تطوراً خطيراً فهذا الشباب الأقل من ٢٠ عاماً والذى يدرس فى الجامعة هم

عصب الأمة ودرعها وعندما يمرضون بالادمان فيجب أن ندق الخطر ويتكاتف الجميع للعمل للوقاية والنظر سريعاً لتغيير نمط حياتنا (**إن الله لايغير ما بقوم حتى يغيروا ما بانفسهم**) .

الادمان والتبلد الذهنى

ويعانى نسبة من طلبة المدارس أبان فترة المراهقة من التبلد الذهنى وعدم القدرة على التركيز وتؤدى هذه المعاناة الى التوتر والقلق وربما حاول البعض أن يعالجوا أنفسهم عن طريق التدخين ولكن هذه المعاناة لاتتوقف ويشعرون عندئذ بالقلق والاكتئاب ونجدهم يلجأون الى بعض العقاقير التى تؤدى بهم الى الادمان .

هذه حقيقة وعلينا أن نهتم فى دور التعليم بهذه الظاهرة وأن ينال أولادنا الذين يعانون من ضعف التركيز والتبلد عناية خاصة . وعلى الأخوة المدرسين أن يعطوا هؤلاء الطلبة مزيداً من الاهتمام . إن كلمات المدرسين التشجيعية والموجهة لهؤلاء الطلبة سوف تكون لها أثار بعيدة فى عدم شعورهم أنهم غير مرغوب فيهم . إن هذا الشعور هو أساس من أسس تفاقم الاضطرابات النفسية وكلما قمنا باستئصال جذوره كلما تمكنا من عودة هؤلاء الهاربين من مواجهة الواقع الى الادمان وكلما نال هؤلاء الطلبة الرعاية النفسية المبكرة من الأسرة ومن المدرسة ومن الصحة النفسية فاننا نغلق هذه الأبواب التى يدخل منها نسبة ليست قليلة من أولادنا الطلبة الى الادمان .

الادمان والفقر

ونظرة واحدة كم يتكلف مدمن الهيروين أنه يبدأ بجرعات يصل ثمنها الى ٣٠ جنيهاً وينتهى عند جرعات تكلفه ثلثمائة جنيه وأكثر . إن هذا النزيف المالى حتماً سوف يقضى على دخله وثروته وثروة أسرته ومع زيادة الاندفاع والدخول فى أعماق الادمان يندفع المدمن ليحصل على نفقات إدمانه من حوله وربما سرق أو ضرب أو قتل وكل ذلك لايطفئ ظمأه بل يزيده إندفاعاً حتى يقع فى الجريمة .

وباستمرار التعاطى تتدهور طاقات المدمن الذهنية ويسهل التأثير عليه والايحاء له من زبانية التجار ويشترون منه متعلقاته النفسية بأبخس الثمن ويفقد ثروته جميعها نتيجة لاضطرابه العقلى وإصابته بالعته العقلى .

الادمان والرغبة الجنسية

وتدل الأبحاث أن غالبية العقاقير التى تؤثر على الأجهزة العصبية يؤدى سوء استعمالها الى خفض طاقة مراكز المخ العالية التى تثير النشوة الجنسية .أ ما ما يلاحظة البعض فى أول التعاطى فهو تأثير ما يلبث أن يتوقف مع تدهور الطاقات العصبية ويتوالى ضعف الطاقة الجنسية وتتوقف . وقد أعلن معهد (مركز أبحاث نيويورك للمعوقين) أن الأبحاث التى أجريت به حول تأثير الحشيش على الطاقة الجنسية أثبتت أن نواة الخلايا الجنسية تتأثر من مادة (كانابينول) وأن كروموزمات هذه الخلايا تضطرب وتمرض من أوائل الجرعات التى تؤثر على الأجهزة العصبية . وأن هذه الأبحاث كانت قد عرضت على الدواؤر العلمية فى الكونجرس الأمريكى الذى كان قد وافق على عدم الاعتراض على قوانين الولايات التى تبيح تعاطى الحشيش ولكن الكونجرس عاد ورفض الموافقة على هذه القوانين بعد أن تبين علمياً أن الحشيش له تأثيره السيئ على كروموزمات الخلايا الجنسية وهذا التأثير يؤدى الى انتشار الأعراض الوراثية المرضية .

وتكثر الاضطرابات النفسية عند المدمنين الذين يفقدون قدراتهم الجنسية ويتوهمون أن زوجاتهم يخنهم ويزداد التوتر يوماً بعد يوم وأخيراً تستقر الهزاءات العقلية ويتحدثون عن أفكار اضطهادية وأفكار تلميحية وضلالات الخيانة ويؤدى ذلك الى الطلاق والانفصال وربما الى الجزيمة .

وعلينا أن نبين بجلاء أن الاضطراب الجنسى قرين إساءة استعمال العقاقير والادمان . والشذوذ الجنسى نتيجة مباشرة لعمليات الاثارة الجنسية المرضية التى يحياها المدمن وهذا الشذوذ هو الذى يؤدى الى إصابة المدمن بالأمراض الجنسية من زهرى ، وسيلان ، وأخيراً الى مرض الايدز

الادمان والعمل

ولما كان العمل علامة على الصحة فانه أول ما يضطرب عند الانسان عند المرضى فيعمل الادمان على اضطراب العمل يوماً بعد يوم حتى يؤدى بالمدمن الى الآتى :

١ ــ الضعف العام وخفض الانتاج .

٢ ــ كثرة المشاحنات والمشاجرات أبان العمل .

٣ ــ التأخر عن ميعاد العمل نظراً لاضطراب نوم المدمن .

٤ ـ ترك العمل بلا أسباب ظاهرة للتعاطى أو لعدم القدرة على التكيف مع العمل .
٥ ـ كثرة الحوادث نتيجة لعدم توافق العمل بين الأجهزة العصبية والأجهزة العضلية .
٦ ـ تبديد ادوات العمل والاستحواز عليها .
٧ ـ الاندفاع ضد الرؤساء وسرعة الانفعال .
٨ ـ كثرة الاصابة بالأمراض الباطنية والأمراض النفسية .
٩ ـ كثرة الانتاج الغير سوى والغير مطابق للمواصفات .
١٠ ـ عدم القدرة على التكيف مع العمل الجماعى .

وعادة ما يكثر الإدمان فى مهن بالذات وقد ثبت من بحث أجرى بالجمعية المركزية أن الادمان على الأفيون يكثر عند قائدى السيارات وعند العاملين فى المقاهى وكذا العاملين فى الأفران وأعمال الجلود والأحذية والأعمال الدقيقة فى صنع الصدف .

ومن المهم بعد علاج الادمان أن يؤهل المدمن فى أعمال خفيفة أولا وأن يلقى رعاية نفسية وأن يتدرج فى الأعمال التى تحتاج الى جهد ذهنى خطوة أثر خطوة حتى تستقر حالته ويعود لعمله الأصلى . وأن تستمر الرعاية الصحية لهؤلاء العائدين ويعرضوا للمتابعة دورياً حتى لا ينتكسوا .

الادمان والتدخين

وثبت إحصائياً فى عيادات الجمعية المركزية أن ٩٩٪ من المدمنين مدخنين . وهذا الاحصاء احصاء خطير إذ أن التدخين دائماً ما سبق سوء استعمال العقاقير التى تؤدى الى الادمان .

إن التدخين غالباً ما يكون أول مراحل الهروب وهو الذى يقتحم طاقات المدخن النفسية ويضعفها ويذلل الطريق أمام بدء عملية الادمان .

إن الدعوة ضد التدخين هى دعوة صادقة لوقف الادمان المبكر وأن البعد عن التدخين هو تحصين للأجهزة العصبية لمواجهة واقع الحياة وزيادة الاستبصار بطاقات الانسان والتى يجب أن نحافظ عليها وننميها ونشعر بالثقة والأمان معها .

الادمان والاندفاع والقتل

وتدل احصائيات الجرائم أنها فى تزايد مستمر نتيجة التعاطى إذ يفقد المدمن السيطرة

على قدراته ودوافعه خاصة وهو يستنفذ طاقاته العصبية التى هى ميزان تحكمه فى نفسه وتنحدر طاقاته يوماً بعد يوم ويصبح الحصول على المخدرات هدف حياته إذ لولاها لأصيب بالآلام المختلفة التى تهد كيانه فيندفع طالباً الحصول على هذه المخدرات بأى طريق فيسرق وينصب ويخطف وربما يقتل فالمخدرات بعد أن أضعفت السيطرة الذاتية على النفس هى السبيل الى الاندفاع والقتل ولننظر الى قوله تعالى **(فتعاطى فعقر فكيف كان عذابى ونذر)** والاندفاع فى هذا الحقل المرضى ربما يؤدى الى الطلاق والانفصال وترك العمل والسب وربما أيضاً الى الانتحار وقد ثبت إحصائياً أن نسبة كبيرة من المنتحرين انتحروا نتيجة الادمان .

الادمان وحوادث الطرق

وتدل لغة الاحصائيات أن أكثرية حوادث الطرق يسببها الادمان وذلك لأن تبلد الجهاز العصبى يزيد مدة رد الفعل وهو الوقت من وقوع الصورة على شبكة العين وسريان هذه الومضات الى الجهاز العصبى الى النخاع الشوكى الى خلايا عضلة القدم التى تعمل على وقف العربة بالضغط على فراملها وعندما تتبلد هذه العملية يزداد وقت رد الفعل وهذا الوقت عندما يطول تقطع العربة عدة أمتار كافية لوقوع الحوادث وقد بدأت وزارة الداخلية الكشف على قادة السيارات الذين ثبت إدمانهم نتيجة للأفكار الخاطئة ظانين أن العقارات الملطفة أو المنبهة تذهب عنهم متاعب القيادة . وأصبح عدد منهم مدمناً . أحسن رجال وزارة الداخلية أن سحبوا رخص القيادة من هؤلاء السائقين خوفاً على حياتهم وخوفاً كذلك على حياة المواطنين بعد أن وقعوا عليهم غرامات كبيرة .

مرض الايدز والتهاب الكبد الوبائى والادمان

ولما كانت دماء من يحقن نفسه بالمخدرات عرضة للتلوث فقد تأكد للعلماء أن العدوى بمرض الايدز ربما تأتى نتيجة تلوث دمائهم وقد ثبت أن بعض الممرضات يكن عرضة للمرض نتيجة تلوث أصابعهن أثناء حقن مرضى الادمان ولذا وجب عليهن لبس القفاز البلاستيك أثناء أدائهن لعملهن وقد ثبت كذلك أن مرض التهاب الكبد الوبائى يكثر الاصابة به نتيجة الحقن بالمخدرات فى الوريد والحقن بالوريد تطور خطير لمرضى الادمان فبينما يصيبهم بالأمراض الوبائية المختلفة إلا أنه كذلك يسرع بدخول العقاقير المخدرة السامة الى الأجهزة العصبية التى تتأثر دون حراسة من كبد تؤكسد هذه السموم فتزداد خطورة الادمان عند الشخص الذى يسيئ الى نفسه بالحقن وتسرع كذلك إصابته بالأمراض المختلفة نتيجة التلوث .

نداء الى الأطباء والصيادلة

إحذروا الأدوية المؤثرة على الأجهزة العصبية

وقد ثبت أن أكثرية الأدوية المؤثرة على الأجهزة العصبية من منومة أو منبهة أو ملطفة ما تلبث أن يعتمد عليها الجهاز العصبى ويدمن عليها . وهذا نداء الى العاملين فى الطب أولا أن يصفوا أقل قدر من هذه الأدوية مع الملاحظة الدقيقة حتى لايعتمد عليها المرضى . ونداء أيضاً الى المرضى أنفسهم أن ينفذوا أوامر الأطباء بكل دقة وألا يتعاطوا هذه الأدوية من تلقاء أنفسهم .

وقد أحسنت هيئة الصحة العالمية أن أوصت الدول جميعاً بإحكام صرف هده الأدوية وأن توضع فى جداول المخدرات وأن يبلغ الأطباء عن الأدوية المستجدة والتى لها تأثير على الأجهزة العصبية إذا ثبت أن المرضى يعتمدون عليها . ونداء آخر الى الأطباء أنفسهم وخاصة الصيادلة ألا يستعملوا هذه الأدوية إلا بعد أن يصفها الأخصائيون أنفسهم وقد ثبت إحصائياً أن نسبة غير قليلة من الأخوة الأطباء والصيادلة يدمنون على الأدوية ويشكل الادمان لديهم خطورة خاصة . ونداء آخر الى الأخوة الصيادلة ألا يصرفوا للمرضى الأدوية التى تؤثر على الأجهزة العصبية أنهم بذلك يقفون روادا فى ميدان الوقاية ينشرون الوعى ويمنعون خطر الادمان .

الادمان والنساء

وحتى عام ١٩٧٥ كان يندر دخول النساء والفتيات للعلاج فى العيادات ولكن بدأت تتردد حالات من الاعتماد على الأدوية المنبهة والعقاقير المختلفة وإزدادت هذه الحالات تدريجياً وكان معظمها من سن فوق العشرين ولكن منذ ١٩٨٢ بدأت تدريجياً وبسرعة تزداد حالات الفتيات المعتمدات على الهريوين ورغم أن هذه الزيادة لاتقارن بسرعة تطور الادمان لدى الشباب إلا أنها لم تكن موجودة وملاحظة فى أنواع الاعتماد الأخرى بما يدعو للدراسة والاهتمام حيث أن مشكلة الادمان لدى النساء لم تكن ذات خطر قبل ذلك .

علاج الادمان وأساليب تقييمه

أسست جمعية منع المسكرات سنة ١٩٠٥ ، وكان نشاطها مقصوراً على مكافحة المواد المسكرة ، ثم أعيد إشهارها سنة ١٩٦٧ طبقاً للقانون ٣٢ لسنة ١٩٦٤ بشأن الجمعيات والمؤسسات الخاصة ، وامتد نشاطها الى مكافحة المواد المخدرة أيضاً وأصبح اسمها « الجمعية المركزية لمنع المسكرات ومكافحة المخدرات » وأصبحت أغراضها هى :

١ ــ العمل بكافة الوسائل المشروعة لمنع المسكرات ومكافحة المخدرات فى أنحاء الجمهورية .

٢ ــ رعاية المدمنين وأسرهم والعمل على إنشاء المصحات وغيرها من المؤسسات وتقديم الخدمات الوقائية والعلاجية .

٣ ــ وضع السياسة العامة لتحقيق هذه الأهداف عن طريق الجمعية وفروعها .

وقد رأى مجلس إدارة الجمعية عند إنشائها أن يوجه عناية خاصة لعلاج المعتمدين على المسكرات والمخدرات ، باعتبار أن علاج هؤلاء هو أهم الخطوات العملية الفعالة فى مكافحة هذه المواد ، وهكذا أنشأت الجمعية عيادة طبية نفسية يعمل بها أخصائيون من الأطباء فى الصحة النفسية ، يعاونهم أخصائيون اجتماعيون والدعاة الدينيون ، وبذلك تتوفر للعيادة الاعتبارات الطبية والاجتماعية والدينية ، فتتكامل بذلك خطوات العلاج على أساس علمى حديث .

وتختص العيادة بما يأتى :

١ ــ علاج حالات الادمان على المواد المسكرة والمواد المخدرة التى تتقدم إليها تلقائياً .

٢ ــ متابعة علاج الحالات التى تخرج من المصحات بناء على طلبها .

٣ ــ توفير الرعاية الاجتماعية لمن يتقدمون للعلاج ولأسرهم أثناء مرحلة العلاج .

٤ ــ علاج المشكلات الاجتماعية فى بيئة المعتمدين على المخدرات والمسكرات .

٥ ــ نشر الوعى الصحى النفسى عن الادمان .

أسلوب العلاج

فريق العلاج :

يعمل بالعيادة طبيبان وأخصائيان فى الطب النفسى وأخصائيان اجتماعيان ومرشد دينى وثلاثة ممرضين . ويشرف على العيادة لجنة خاصة من مجلس الادارة تجتمع بالفريق العلاجى مرة كل شهر لمناقشة سير العمل بالعيادة من الناحية الفنية والادارية .

استقبال طالبى العلاج :

يستقبل المعتمد عند حضوره الأخصائى الاجتماعى الذى يقوم بفحص حالته الاجتماعية ويدون ذلك فى استمارة الفحص الاجتماعى التى أعدت خصيصاً للفحص ويدون ملاحظاته فيها .

ثم تعرض الحالة على الطبيب النفسى الذى يقوم بالفحص الجسمى والنفسى فى نفس الاستمارة وتعرض بعد ذلك على المرشد الذى يتعرف على السمات الشخصية للمريض بعد ذلك يجتمع الطبيب والأخصائى الاجتماعى والمرشد الدينى فى هيئة فريق علاجى لوضع خطة العلاج التى يسهم كل منهم فيها طبقاً لاختصاصه .

فلسفة العلاج :

وقد خطط العلاج بطريقة حديثة فريدة فى نوعها تعتمد على المبادئ الآتية .

١ ـ أن يحضر المعتمد للعيادة تلقائياً دون أى إجبار إلا بإرادته الشخصية ويعالج فى سرية تامة .

٢ ـ أن يكون العلاج ميسراً للمعتمد فور حضوره ودون قوائم انتظار وقريباً منه فى وسط مجتمعه .

٣ ـ أن يوجه العلاج بتركيز نحو شخصية المدمن ككل أى من نواحيه الجسمية والنفسية والاجتماعية والروحية .

٤ ـ أن يكون العلاج رخيصاً يتناسب مع جمهور المدمنين فقد كان العلاج بالميثادون مثلا مكلفاً . بل أنه فشل وأدمن المعتمدون على الميثادون وشكل العلاج نفسه خطورة جديدة لم تكن فى الحسبان .

٥ ـ أن يكون العلاج ملائماً لسمات الشخصية للمدمنين محلياً .

٦ ـ أن يكون العلاج بطريقة من شأنها إزالة الأفكار المتوارثة التى طبعت فئات المعتمدين قديماً بسمات مهنية .

أهمية العلاج بالأنسولين المخفف :

وقد كانت السمة الخاصة للعلاج فى العيادة هو استعمال الأنسولين فى علاج أعراض الانسحاب .. ويعد هذا الاستعمال الأول من نوعه فى العالم .

وكانت الأسس التى بنى عليها استعمال الأنسولين كالآتى :

١ ـ يؤثر الأنسولين على مراكز الجهاز العصبى المركزى نتيجة لخفضه السكر فى الدم وهذا بدوره يساعد على التغلب على أعراض الانسحاب التى يعانى منها المدمنون .

٢ ـ يساعد علاج الأنسولين على فتح شهية المدمن ويعالج بهذه الطريقة النقص الكبير فى وزنه وتدل الاحصائيات على أن أكثرية المعتمدين يتراوح وزنهم بين ٤٥ ـ ٦٠ كيلو ، وتحسين الحالة الجسمية نتيجة لعودة الوزن الطبيعى للمدمن يساعده جسمياً ونفسياً .

٣ ـ لما كان الأغلبية يعانون من مرض الاكتئاب وكان للعلاج بالأنسولين المعدل أثره على تحسين هذه الحالات فان لاستعماله أثره فى زوال هذه الأعراض .

٤ ـ الفكرة السائدة عند فئات المدمنين أن الحقن علاج ناجح ، ولذا كان استعمال الأنسولين والحقن تحت الجلد أثره النفسى فى زيادة الثقة فى العلاج .

٥ ـ كان لرخص هذا العلاج وانخفاض سعره عن أى علاج آخر أثره فى تفضيله وخصوصاً أن آثاره تفوق آثار أنواع العلاج الأخرى بكثير .

تخطيط العلاج :

خطط العلاج الجديد فى هذه العيادة على أن يكون موجهاً لارادة المدمن الضعيفة والمقهورة حتى تتضح وتقوى وتصبح حائلا بين شخصيته والميل للمخدر وذلك على النحو الآتى :

١ ـ علاج جسمى للأمراض المصاحبة للادمان .

٢ – علاج جسمى طبى لأعراض الامتناع عن طريق العلاج بالأنسولين المعدل والأدوية ضد الاكتئاب .

٣ – علاج نفسى فردى لتحرير الشخصية من القلق والخوف والاكتئاب .

٤ – علاج نفسى جمعى للقلق والمخاوف والاكتئاب .

٥ – علاج فى جو النادى المفتوح لتوطيد علاقة الأخوة والصحبة والاعتماد على الجماعة الواحدة .

٦ – علاج اجتماعى للمشاكل الاجتماعية التى يعانى منها المدمن .

٧ – علاج ترفيهى كعامل مساعد لوسائل العلاج السابقة .

وقد قامت العيادة بتنفيذ هذه السياسة العلاجية كالآتى :

أ) العلاج الجسمى الطبى للأمراض المصاحبة للادمان :

ولذك بعد طلب الفحوص المعملية المختلفة التى تساعد على تشخيص الحالة الجسمية المصاحبة للادمان .. ومعلوم أن الكثير منهم بدأوا التعاطى أولا لعلاج بعض الأعراض المرضية الجسمية المصاحبة كالدوسنتاريا – الربو – المغص الكلوى – البواسير الدرن الرئوى – درن العظام – الروماتزم – التهاب العظام ، وغير ذلك وكانت تحول هذه الحالات لاجراء الفحوص فى المستشفيات العامة القريبة من العيادة أو إذا أراد المدمن الى المستشفى القريبة من محل سكنه ، وتطلب النتائج التى يطلع عليها الطبيب لوضع خطة علاج هذه الأعراض .

ب) العلاج الجسمى الطبى لأعراض الانسحاب :

يقوم الطبيب بشرح طريقة العلاج حتى يستحوز على ثقة المدمن بالعلاج ويقوم المدمن بدوره الهام فى الامتناع بقوة إرادته .. ولما كانت إرادته ضحلة وغير مستقرة وكانت العيادة تقبل من يقبل بإرادته تلقائياً فى جو مفتوح ، فكان على الطبيب أن ينتهز هذه الفرصة المواتية لتقوية الارادة حتى يجتاز المدمن فترة أعراض المنع المصحوبة بآلام وأعراض جسمية عديدة ، ويجتاز هذه الأعراض بأقل متاعب جسمية ونفسية ويتعامل مع الطبيب يومياً ويستمع الطبيب له ويعينه على اجتياز الأعراض المختلفة وأصفاً له الأدوية الملطفة والأدوية ضد الاكتئاب حسب الحالة واستعملت العيادة العلاج بالأنسولين المخفف بالحقن تحت الجلد وكان يزاد يومياً حسب الحالة ، ونجح هذه العلاج فى وقف أعراض الانسحاب واجتياز هذه الفترة دون آلام .

ج) العلاج النفسى :

وقد تبين لفريق العيادة أن شخصية المدمن تعانى من القلق والاكتئاب والميل الى العزلة والمخاوف النفسية المختلفة ولذلك فقد اهتمت العيادة بالعلاج النفسى الفردى والعلاج الجمعى وكان يشرف الطبيب والأخصائيون الاجتماعيون والداعية الدينى على جلسات العلاج الجمعى وبدا أن المترددين كانوا يهتمون بهذا النوع من العلاج ويسهمون فى تنشيطه ، وأنهم يخبرون زملاءهم بتطور حالتهم ، وكانوا بذلك مثلا طيباً ، دفع خطة العلاج خطوات الى الأمام وزاد من ثقة المترددين للعلاج .. بل كان يتحدث بعض المترددين بين وقت وآخر عن تاريخ حياتهم وسبب إدمانهم وكيف أصبحوا يستشعرون مرضهم كل ذلك أمام الآخرين مما نشر الوعى الصحى بينهم وزاد من استبصارهم وتقوية إرادتهم وتهدئة نفوسهم .

وكان للعلاج الجمعى أثره مع أنواع العلاج الأخرى .

وقد اختير العلاج الجمعى لما اتضح من أن المتعاطين يتناولون المكيفات فى جلسات جمعية .. وأن المتعاطى يتخذ من هذه الجلسة فرصة للاجتماع بالآخرين والاندماج معهم والانطلاق بينهم وهو ما يعجز عن ممارسته بدون المخدر ولايستطيع فى الوقت نفسه أن يتنازل عنه .

د) العلاج الاجتماعى :

يقوم فريق الأخصاصيين الاجتماعيين بمقابلة أهل المدمن وبفحصه اجتماعياً وتحويل الحالات التى تحتاج الى العون الاجتماعى للجهات المختصة . ويوجه المدمن الى أحسن الطرق لزيادة إنتاجه وتوافقه مع عمله ورؤسائه وأسرته .

ولما كانت ظاهرة الادمان تؤدى الى كثير من المشاكل الاجتماعية الأسرية كالانفصال والطلاق وتشرد الأولاد والالتجاء الى الجريمة .. فكان لعلاج هذه المشاكل أثره فى استقرار نفسية المدمن واستفادته من العلاج الجسمى والطبى والنفسى .

هـ) العلاج الترفيهى فى النادى المفتوح :

وزيادة لفاعلية العلاج الجمعى وحرصاً على أن يقضى المدمن فترات فى العيادة بعد الحقن بالأنسولين ، فقد أقيم ناد فى شرفة العيادة زود بأدوات التسلية المناسبة ويتناول المدمن أثناء تواجده فى ذلك النادى ما يطلبه من كانتين العيادة خاصة المواد السكرية .

وعند بدء أنشاء النادى وضعت فكرة إنشائه أمام المدمنين فى أحد الاجتماعات وظهرت أهمية الفكرة فى حديثهم وطلبوا الاكتفاء بتأثيثه بالكراسى والمناضد وبعض أدوات التسلية ، ولم يوافقوا على وضع التليفزيون فى النادى .. حيث أنه سوف يخرجهم من جلستهم المحببة فى الحديث بعضهم مع بعض — وهو ما يعدونه أهم نشاط فى النادى — الى تأمل العرض التليفزيونى الذى يحرمهم من ذلك الحديث التلقائى المهدئ .. وكانت ملاحظات الفريق العلاجى تدل على أن المدمنين كانوا يجلسون فى جماعات من أربعة أو خمسة يتحدثون أو يلعبون الطاولة أو الورق ، وكانوا كذلك يحضرون الى العيادة على نفس النمط فى هيئة جماعات صغيرة تتقابل فى مكان ما ويحضرون سوياً ويجلسون معاً فى أركان النادى .

و) دور الداعية الدينى فى العلاج :

اختير لهذا العلاج أحد وعاظ وزارة الأوقاف ذو شخصية اجتماعية وأعطى تدريباً خاصاً وزود بمعلومات كافية عن ظاهرة الادمان وشخصية المدمن ، وكان يقوم بعمله ليس عن طريق الوعظ المباشر ولكن عن طريق غير مباشر فى جلسات جمعية تطرح فيها الأسئلة ويشترك فى الاجابة عليها الحاضرون والمرشد مستعملا الأسانيد القرآنية والأحاديث النبوية ويقوم بين المدمنين مصلياً .. وكان يلاحظ عند بدء حضوره أن المدمنين كانوا أولا لا يشاركون فى أداء الصلاة حيث اعتقدوا خطأ أن عملية الوضوء تؤدى الى تفكيك العظام على حد قولهم ، وقد نوقشت هذه الأفكار فى اجتماعاتهم وتبينوا بعد ذلك أنه لا صحة لهذه المعتقدات .

ولما كانت أهم سمة تميز شخصية المدمن هى قابليته للايحاء فقد كان لهذا النوع من الايحاء الدينى أثره فى تقوية الارادة وتقبل العلاج وحماية من يظهر لديهم الرغبة فى الرجوع للمخدر من الانتكاس ، وقد ظهر أثر هذا النوع من العلاج الدينى فى الاستفتاء الذى قامت به العيادة عن دور المرشد الدينى وقد تبين أن ٨٣٪ من المترددين يحبذون هذه الجلسات ، وتعتبر هذه الطريقة الأولى من نوعها فى الأنشطة العلاجية الجماعية فى ميدان علاج الادمان .

ز) أسلوب القبول بالعيادة :

تقبل العيادة المعتمدين المتطوعين الذين يأتون من تلقاء أنفسهم للعلاج وبمحض إرادتهم وقد كانت فكرة العلاج التطوعى على هذه الصورة هى الأساس فى نظام العلاج بالعيادة إذ رأت الجمعية عند التفكير فى فتح العيادة أن العلاج التطوعى يتميز عن العلاج الاجبارى المقرر قانوناً فى الصحة الحكومية من عدة وجوه منها :

١ ــ وجود العيادة فى وسط المدينة ييسر التردد عليها .

٢ ــ فتح العيادة ليلا من شأنه تيسير تردد المرضى عليها بعد الانتهاء من أعمالهم وبذلك لاتتعطل مصالحهم ولانقطع أرزاقهم بل أن ظرف الليل ذاته يعتبر ستراً لأسرار المترددين .

٣ ــ وجود العيادة فى إطار جمعية أهلية وبسرية تامة يشيع الطمأنينة فى قلوب الراغبين فى العلاج ويبعد عنهم المخاوف التى قد تنتابهم والقلق الذى قد يؤثر فى نفوسهم بسبب إحالتهم بقوة القانون الى أقسام العلاج بمستشفيات الأمراض العقلية حيث توجد حالياً المصحات الحكومية لعلاجهم .

٤ ــ تعتبر تكاليف العلاج بالعيادة المفتوحة أقل بكثير جداً عن تكاليفها داخل المستشفيات .

٥ ــ يتميز الجو الاجتماعى والترفيهى السائد فى مقر العيادة عن نظيره فى أقسام العلاج المغلقة بالمستشفيات إذ يجد المريض فى العيادة نادياً يجتمع فيه بزملائه ويجد فيه نوعاً من الترفيه يغريه بالتردد على العيادة للعلاج ، وقد كان لهذه الميزات أثرها فى جذب طالبى العلاج فى العيادة وقد لوحظ منذ إنشاء العيادة سنة ١٩٦٨ أن المترددين قد تدفقوا عليها فبلغ عددهم فى سنة ١٩٧٠ ١٥٤٠ مريضاً .

هذا وتتولى الجمعية علاج المدمنين مجاناً غير أنه رؤى بعد ما ظهر من عبث البعض بهذه الميزة أن يفرض رسم رمزى للعلاج مقداره عشرة قروش فى كل مرة من مرات التردد .. وعلى الرغم من ضآلة هذا الرسم الرمزى فانه قد زاد من ثقة المترددين على العلاج .

وفى عام ١٩٧١ زار عيادة العتبة السيد الأستاذ الدكتور طه بعشر مستشار هيئة الصحة العالمية لمنظمة شرق البحر الأبيض المتوسط وطالب بتقييم العلاج الذى تنتهجه حتى يمكن النظر فى أمر تعميمه فى الأوساط العالمية .

وقد أوصى كذلك مؤتمر بيروت المنعقد عام ١٩٧٢ بتقييم علاج الجمعية فى توصياته التى خرج بها وقد تقدمت الجمعية لوزارة الصحة طالبة انتداب خبير من خبراء الصحة العالمية لتقييم أسلوب العلاج الذى طبق بالجمعية .

وقد وفقت الوزارة وتم الاتصال بمنظمة الصحة العالمية وانتدب الأستاذ الدكتور حسين طعمه مدير أبحاث المؤسسة القومية لأبحاث الادمان فى وشنطن للقيام بهذه المهمة وقام سيادته بزيارة العيادة وأمضى بها ثلاثة أسابيع من ٢٠ أكتوبر الى ٧ نوفمبر ١٩٧٤ .

البحث المقارن لتقييم طرق علاج مدمنى الأفيون

وقد أثار تقرير الأستاذ الدكتور / حسين طعمة الأوساط العلاجية بالجمهورية خاصة الأوساط المهتمة بالمشكلة وأبان زيارتى للمؤسسة القومية لأبحاث الادمان بواشنطن ، أثرت امكانية اجراء بحث مشترك بين الولايات المتحدة وجمهورية مصر العربية لتنفيذ توصيات خبير الصحة العالمية الذى وضع تقريره عن عيادة العتبة وعن وسائل العلاج المنفذة بها وقد لقى الاقتراح ترحيباً من الجانب الأمريكى ممثلا فى المؤسسة وقمت بوضع بروتوكول البحث وقدم للسيد وزير الصحة الأستاذ الدكتور / ابراهيم بدران الذى وافق عليه وأعطاه أولوية للتنفيذ وأرسل المشروع للسفارة الأمريكية التى رفعته الى المؤسسة المذكورة ، وبتاريخ نوفمبر عام ١٩٧٨ تم التوقيع على البروتوكول وبدأ التنفيذ .

نبذة عن مشروع بحث وسائل تقييم العلاجات :

وضعت خطة البحث على أن تقارن نتائج علاج مدمنى الأفيون فى عيادة العتبة بنتائج علاج مدمنى الأفيون فى عيادة مسجد أبو العزائم ويطبق فى العيادة الأولى العلاج الطبى فقط بينما يطبق فى العيادة الثانية العلاج الطبى والاجتماعى والنفسى والدينى جنباً الى جنب كما يقسم المرضى فى كل عيادة الى أربعة أقسام :

١ ــ قسم يعالج بالأنسولين المخفف .
٢ ــ قسم يعالج بالعقاقير ضد الاكتئاب .
٣ ــ قسم يعالج بالأنسولين وكذا العقاقير ضد الاكتئاب .
٤ ــ قسم يعالج بأقراص معبأة بمادة النشا لا أثر لها إلا أنها مادة مالئة كعينة ضابطة .

وقد تم تركيب أدوية العلاج بحيث لايعرف أحد من المعالجين أو حتى المشرف على المشروع مكونات الحقن أو الكبسولات المستعملة فى العلاج بطريقة Double Blind Design .

وكان لابد من القيام بعمل مرحلة استكشافية لمدة عام بدأ منذ أوائل ١٩٧٩ حتى أوائل ١٩٨٠ . وأبان هذه الفترة تم إعداد استمارة البحث الاجتماعى والنفسى والعقلى وطبقت على بعض المترددين كما تم تدريب العاملين فى مشروع البحث تدريباً خاصاً حتى يكون هناك توحيد لقياس النتائج . ووضعت الاستمارات بطريقة سهلة الفهم وبلغة جمهور المتعاطين وكان لزاماً على فريق البحث تطبيقها حرفياً . وزودت كل عيادة بطبيبين نفسيين على مستوى عال من الخبرة . وكذا أخصائيين نفسيين لتطبيق المقاييس النفسية المختلفة وأخصائيين اجتماعيين

وأشرف مستشار طبى نفسى ومستشار نفسى اجتماعى على أعضاء الفريق جميعاً بالعيادتين حتى يكون هناك وحدة فكر وعمل مشتركة .

وكان مستشار البحث هو الأستاذ الدكتور / مصطفى سويف ــ أستاذ الصحة النفسية بجامعة القاهرة وأشرف على تنفيذ التجربة العلمية كلها الدكتور / جمال ماضى أبو العزائم .

بداية البحث :

وفى أوائل عام ١٩٨١ بدأ اختيار المدمنين للأفيون ممن تتراوح أعمارهم بين ٢٠ ــ ٥٥ سنة من مدينة القاهرة . وكلهم من الرجال وذوى الثقافة المحدودة ولم يسبق لهم الاصابة بالمرض العقلى .

وكان المدمن عند اختياره يوضع على احدى طرق العلاج الأربعة وفور اختياره يؤخذ منه عينة من البول لارسالها لمعامل وزارة الصحة لمعرفة نوع المخدر الذى يتعاطاه واستمرار فحص البول لمدة العشرة أيام الأولى وكل أسبوع بعد ذلك مدة تردده للعلاج والمتابعة . كما أخذت عينات الدم لتحليلها وفحص وظائف الكبد شهرياً مدة التردد وكانت تحفظ هذه العينات فى ثلاجة منخفضة البرودة دون الصفر للاستعانة بها فى مزيد من الأبحاث .

وعقدت اجتماعات دورية لفريق البحث لمعرفة المشاكل التى واجهتهم أثناء التنفيذ وحلها وحتى يقوم الفريق جميعاً بعمل موحد واحد . وسجلت النتائج أولا بأول وصار إصدار التقارير بصفة دورية كل ستة أشهر أودعت وزارة الصحة ومؤسسة ADAMHA المشتركة فى البحث وكانت تعقد اجتماعات بمصر وواشنطن لمناقشة سير العمل وبعد تمام فحص ٢١٨ حالة بالعيادتين منهم ١٣٨ بعيادة العتبة ، ٨٠ بالعيادة الملحقة بمسجد أبو العزائم .

بدء العمل الاحصائى وفرغت البيانات الاحصائية لاستقرائها ومعرفة النتائج وهذه الخطوة هى الخطوة التى يجرى العمل فيها حالياً .

وقد أهتمت الجمعية منذ البداية بالجانب الاحصائى وأولته كل اهتمامها وعهد بهذا العمل لقسم احصائى متخصص بها . وصدر سنوياً من عام ١٩٦٨ احصاء عن عدد المترددين ونوعية الادمان والحالة الاجتماعية ومرات الادمان وطريقة التعاطى وسبب الادمان وغير ذلك من البيانات وقد جمعت كل هذه البيانات وتم استقراؤها بتحليل هذه البيانات . وقامت الجمعية بوضع صورة واضحة خلال العشرين عاماً الماضية . ومقارنة السنوات بعضها ببعض وكذا مقارنة الخمس سنوات الأولى بالخمس سنوات الثانية والثالثة والرابعة كل ذلك فى محاولة لمعرفة

المتغيرات فى ميدان الادمان وكانت هذه البيانات مقياساً دقيقاً لكل ما يدور فى مجتمع المدمنين .

وقد أرفقنا هذه الاحصاءات جميعاً للدلالة على المتغيرات التى طرأت فى ميدان الادمان طوال العشرين عاماً الماضية على جمهور المترددين على العيادة الرئيسية للجمعية بالعتبة لالقاء المزيد من الأضواء ظاهرة التعاطى .

دلالات الاحصاءات :

١ ــ تردد (٥٣٩٦) مدمن متطوعاً للعلاج طوال العشرين عاماً الماضية .

٢ ــ لم يحضر سوى أربع عشرة سيداة فقط طوال المدة السابقة .

٣ ــ تبين أن ٧٨٪ من أفراد العينة متزوجون وأن متوسط الانجاب بينهم خمسة أبناء .

٤ ــ تبين من جدول الاحصاء للتوزيع النسبى لحالات التردد وفقاً لنوع المخدر الذى يتعاطونه ــ أن متعاطى الأفيون فى تناقص مستمر بنسبة ٨٨٪ فى الخمسة أعوام الأولى أصبحت ٥٦٪ فى الخمسة أعوام الثانية ثم ٤٤٪ فى الخمسة أعوام الثالثة والى ٣٢٪ فى الخمسة أعوام الرابعة . وهذه النسبة بين المترددين على العيادة .

٥ ــ كما تبين أن نسبة المتعاطين للخمور قد ارتفعت من ٢٪ الى ١١٪ ثم الى ١٥٪ ثم انخفضت الى ١٠٪ فى الفترة التالية .

٦ ــ كما تبين أيضاً أن نسبة تعاطى الحشيش قد ارتفعت من ٢٪ الى ٧٪ ثم الى ٨٪ ثم الى ١٠٪ خلال الفترات الأربع .

٧ ــ وارتفعت نسبة تعاطى الأقراص من ٥٪ الى ١٠٪ ثم الى ٢٠٪ ثم الى ٢٢٪ .

٨ ــ وارتفعت نسبة تعاطى حقن الماكستون من ٠،٥٪ الى ٣٪ ثم الى ٨٪ والى ١٢٪ .

٩ ــ وتبين أنه منذ عام ١٩٨٢ بدأت حالات الادمان على الهيروين تزداد من سنة الى أخرى حتى وصلت عام ١٩٨٧ الى ذروتها ٦٨٪ ويدل هذا التزايد بهذا الوضع الخطير الى أن المدمنين قد تحولوا من إدمانهم السابقى الى تعاطى الهيروين والكوكايين . كما تبين كذلك أن الادمان المختلط قد تزايد كثيراً وأن البعض يفضلون الادمان على أكثر من مخدر .

١٠ ــ وتبين أن استعمال الهيروين كان أولا عن طريق الشم ولكن سنة بعد أخرى تزايدت

طريقة استعمال الحقن مما يدل على خطورة الوضع .

ويدل ذلك بصفة عامة على تناقص متعاطى الأفيون وازدياد تعاطى الهيروبين وازدياد متعاطى الخمور والأقراص وحقن الماكستون بينما الحشيش لم يزد بدرجة تذكر . مما يدل على أن المخدرات التقليدية يقل استعمالها بصفة مستمرة فى حين أن المخدرات التخليقية المستحدثة قد تزايدت بسرعة وتضاعفت الأرقام من سنة الى أخرى مما يسترعى الانتباه وهو مؤشر له خطورته وقد لوحظ بمقارنة أسعار المخدرات من سنة الى أخرى أن أسعار الأفيون فى تزايد مستمر وكانت هذه الأسعار عندما ترتفع فجأة فى الماضى يزداد عدد المتعاطين الذين يحضرون للعلاج فى العيادات . وحدث فى العامين الماضيين عكس ما كان يحدث قبل ذلك فقد لوحظ أن هذه الظاهرة قد اختفت وازدادت الأسعار زيادة كبيرة غير مقرونة بالتجاء المتعاطين لدور العلاج .

وقد قامت الجمعية المركزية ببحث لمعرفة ما يدور فى مجتمع المدمنين باجراء بحث ميدانى أشرف عليه طبيب نفسى وصيدلى واخصائى اجتماعى وتبين أن مدمنى الأفيون قد وجدوا بدائل أخرى أقل ثمناً وتعطيهم التخدير المطلوب وهى أقراص تخليقية أكثر ما تكون انتشاراً فى السوق السوداء كما وجد أن الكثير من الأدوية التى بها الكودايين التى تصرف للمرضى العاديين قد استحوز عليها المدمنون كبدائل لدرجة أنها اختفت من الصيدليات ونشأت لها سوق سوداء .

وبالنسبة لمتوسط التوزيع النسبى لحالات المترددين وفقا لأسباب التعاطى تبين الآتى :

١ ــ أن عدد المتعاطين لزيادة النشاط العام والنشاط الجنسى واستعمال المخدرات كعلاج قد نقص نسبياً وتدريجياً خلال الأربع عشرة سنة الماضية وربما كان ذلك راجعاً للحملة الاعلامية التى أوضحت أن المخدرات لا علاقة لها بزيادة النشاط العام والجنسى أو علاج الأمراض التى يعتقد العامة اعتقاداً خاطئاً أن المخدرات تعالجها كالاسهال المزمن أو المغص الكلوى وغير ذلك .

٢ ــ بينما زاد الالتجاء للمخدرات نتيجة لحكم البيئة أو الصحة السيئة أو طلبا للهروب من مشاكل الحياة أو لوجود وفرة من المال فى أيد لاتحسن استخدامه وهى عوامل أكثر ما يكون ضحية لها ذوو الاستعداد النفسى للتعاطى . كما أن تجار المخدرات لهم أساليبهم الخاصة فى الترويج لها واستدراج من يرون فيهم التقبل للتعاطى وخصوصاً بين بعض الحرفيين الذين يسرت

الظروف وجود المال بين أيديهم فلم يحرصوا على إنفاقه بصورة بناءة .

وبالنسبة لمتوسط التوزيع النسبى لحالات التردد وفقاً للحالة التعليمية فقد تبين أن :

النسبة من سنة الى أخرى تكاد تكون ثابتة إلا أن النسبة ارتفعت قليلا بين المتعلمين فى السنوات الأخيرة ولكن الأكثرية العظمى تقع بين الأميين والذين يعرفون القراءة والكتابة .

وارتفاع النسبة قليلا بين المتعلمين يرجع الى نفس ظاهرة الادمان على العقاقير النفسية بين الشباب .

وفى الخمس سنوات الأخيرة التى زادت فيها عدوى الادمان بالهيروبين فقد تزايد سريعاً الاستعمال السيئ بين فئة الجامعيين حتى وصل أخيراً الى ١٣٪ من بين المترددين على العيادة .

وفى الخمس سنين الأخيرة تزايد بشكل ملحوظ زيادة فى من هم دون العشرين سنة حتى وصل الى ٦١٪ من بين المترددين على العيادة .

وبالنسبة لمتوسط التوزيع النسبى لحالات التردد وفقاً لفئات السن فقد تبين أن :

١ ــ أكثر المتعاطين ترددا هم من تتراوح أعمارهم بين ٣٥ ، ٦٠ سنة أما السن الذى بدأوا فيه التعاطى فيقع بين ١٥ عاماً ، ٣٥ عاماً مما يدل على أن الغالبية يبدأون التعاطى من سن المراهقة وأنهم يتطوعون للعلاج عندما ينتابهم الضعف والمرض وتضطرب حياتهم الاجتماعية .

٢ ــ لوحظ أن مدمنى الأفيون لايقدمون على العلاج إلا بعد فترة من التعاطى تبلغ فى المتوسط ٢٠ عاماً بينما يسرع فى طلب العلاج من يتعاطى الأقراص وحقن الماكستون لمدة قصيرة وذلك نتيجة التسمم السريع الناتج عن تعاطى هذه المواد الأخيرة .

تقييم وسائل العلاج

تبين أن غالبية من يجبرون على العلاج نتيجة لأحكام قضائية بايداعهم مؤسسات العلاج أو نتيجة ضغوط ذويهم لا يستجيبون فلا تتحسن حالاتهم وغالباً ما ينتكسون سريعاً فور خروجهم من المؤسسة العلاجية بنسبة ٩١٪ وذلك على عكس من يتطوعون للعلاج ويستمرون فيه لمدة أكثر من ثلاثة أسابيع فانهم يستجيبون للعلاج وتتحسن حالتهم .

وثبت إحصائياً أن ٦٠٪ من الذين ترددوا طواعية للعلاج استمروا أكثر من ثلاثة أسابيع وهذا مؤشر طيب مما يقطع بجدوى العلاج التطوعى أما هؤلاء الذين يتوقفون عن الاستمرار فى العلاج قبل الثلاثة أسابيع فانهم غالباً ما ينتكسون سريعاً وتراهم يستبدلون مخدراً بمخدر آخر وكثيراً ما يجمعون بين أكثر من مخدر حتى تسوء حالتهم ويعودون للعلاج فى حالة جسمية وعصبية سيئة .

وقد واجه فريق العلاج صعوبة بالغة لمتابعة المترددين لتقييم العلاج وثبت أن الأكثرية لايعطون بيانات صحيحة عن محال إقامتهم وعملهم خوفاً من الوقوع تحت تأثير العقاب وعندما حاولنا الاتصال بهم بالبريد كانت النتائج عكسية حيث أنهم خشوا أن تكون الشرطة وراء ذلك بل أن البعض حضر غاضباً لأنه لايود أن يذاع سره بين أسرته وأهل حيه . ولذا فقد واجهنا صعوبة فى استمرار المتابعة .

وعندما قورنت الاحصائيات للمقاييس النفسية وبين من استمروا يترددون لأكثر من ثلاثة أسابيع وطبقت عليهم المقاييس النفسية لدرجة الاكتئاب والتوتر والتركيز والذاكرة والمهارات اليدوية وغيرها تبين أن هناك تحسناً ملموساً بين المجموعات التى طبق عليها العلاج النفسى الاجتماعى الدينى مما يدل على أن شخصية المدمن هى الأساس بحيث إذا قويت عزيمته ورشدت إرادته وهدأت نفسيته واستقرت حياته الاجتماعية فان ذلك كفيل بالاسراع فى التحسن والاستقرار .

وجدير بالذكر أن بعض من كانوا لايعطون علاجاً ولكن كانوا يحقنون بالماء ويأخذون كابسولات البلاسيبو التى لاتحوى أى عقار علاجى إلا مادة مالئة من النشا أن هؤلاء أيضاً تحسنوا واستمروا هم بالذات على التردد لطلب العلاج فترات طويلة وعندما أوقفنا علاجهم أصروا على الحضور طالبين هذه الكبسولات التى زاد إيمانهم أنها هى سبب التحسن ولكن حقيقتها أنها كابسولات عديمة التأثير ، إن هؤلاء المدمنين تعرضوا فى أول أيام علاجهم للآلام نتيجة عدم العلاج الطبى مما أثار أجهزتهم العصبية ومراكز المخ المختلفة التى زادت من إفراز (Endorphins.) بعد فترة الانسحاب مما عجل فى بتوازن الحالة العصبية وتخفيف الآلام والاستقراز النهائى الطبيعى ولكنهم لم يتنبهوا الى هذه الحقيقة وبرروا تحسنهم انه نتيجة الحقن والكابسولات وما هى فى الحقيقة إلا قطرات من الماء المقطر فى الحقن ومواد مالئة من النشا فى الكابسولات مما يدل على أن الارادة الضحلة كانت قد أوقعتهم فى الادمان وأن تربية الارادة وتقويتها جعلتهم يتخلصون من هذا المرض ويقفون مرة أخرى على أعتاب الصحة

النفسية والجسمية . وكانت الآلام التى عانوها فى فترة الانسحاب رادعة لهم عن التفكير فى العودة الى التعاطى مرة أخرى .

وكان العلاج النفسى الجمعى والمقترن بالعلاج الاجتماعى وحل المشاكل فى جو صحى دينى كانت كل هذه العوامل منشطة لارادتهم ومقوية لعزائمهم وكان صمودهم وتحملهم للآلام مثيراً لمراكز الافرازات المخية الحديثة الاكتشاف .(Endorphins) والتى أعادت التوازن لهم وخففت آلامهم .

وتبين أن استعمال الأنسولين قد أفاد المجموعة التى عوجلت كالآتى .

١ ــ زادت شهية أفراد المجموعة بالمقارنة بالمجموعات الأخرى مما أدى الى زيادة فى الوزن تتراوح بين ٣ ــ ٥ كيلو شهرياً أبان فترة العلاج وتحسن الحالة الجسمية سريعاً .

٢ ــ تبين أن المجموعة التى عولجت بالأنسولين والأدوية المضادة للاكتئاب معاً كانت نتائج علاجها أفضل من نتائج علاج مجموعة الأنسولين أو المجموعة التى استعملت العلاج بمواد ضد الاكتئاب فقط فقد تحسن الاكتئاب والتوتر والقلق سريعاً وكذا الصداع والغثيان والفزع وزيادة إفرازات الأنف والدموع والتنميل والآلام المختلفة بالمفاصل وأعراض الانسحاب الأخرى مما يؤكد أن استعمال الأدوية ضد الاكتئاب مع الأنسولين كان أكثر إيجابية كما أنه ساهم فى أن تمر فترة الانسحاب من الادمان دون مضاعفات وآلام حادة ربما تؤدى الى عدم استكمال العلاج التطوعى التلقائى وبالتالى الهروب من العلاج .

وقد دلت نتائج تحليل وظائف الكبد للمعتمدين على الأفيون أن هناك بعض الاضطرابات فى وظائف الكبد وأن استمعال الأنسولين يعيد الكبد الى حالته الطبيعية . وثبت كذلك أن هذا الاضطراب أكثر حدة عند من يتعاطى المسكرات أو الأدوية المنبهة حتى أن الكبد تصل أخيراً الى التليف والتوقف عن أداء وظيفتها وأن علاج الأنسولين يساعد كثيراً على رجوع الكبد الى أداء وظيفتها الطبيعية إذا بدأ العلاج مبكراً .

كانت هذه هى بعض نتائج الدراسة العلمية المستفيضة التى أجريت بالجمعية المركزية حتى الآن والتى تقول أن أعراض الانسحاب من الادمان والتى تظهر على هيئة آلام بالمفاصل وصداع وكثرة إفراز الدموع والاسهال والدوخة والدوار وغير ذلك ــ أن هذه الأعراض تزول سريعاً بالعلاج الطبى بالأنسولين والأدوية ضد الاكتئاب وأن سياسة العلاج النفسى الاجتماعى والدينى المقترن بالترفيه عن طريق النادى البناء يساعد على ترشيد إرادة المدمن وتقوية طاقات التحمل وتخرجه سريعاً الى وسعة الاستقرار النفسى والاتزان .

كما تبين أن استعمال الأنسولين مع المواد ضد الاكتئاب يساعد كذلك الى سرعة عودة الكبد الى وظائفها الطبيعية والى عودة الأجهزة العصبية الى مزاولة وظائفها الهامة ومع توالى التردد يرجع التعود للسلوك البناء مع الجماعة السوية التى تعرف وظيفتها ومسئوليتها تجاه أسرتها ونحو المجتمع ككل .

وأثبت البحث ظاهرة صحية بناءة وهى أن المدمنين عندما يتطوعون للعلاج ويبدأون فى التردد على العيادة أثبت تحليل البول أن المخدرات التى يستعملونها تقل يوماً بعد يوم مما يدل على أنهم استخدموا طريقة تقليل الجرعات تدريجياً وبذلك ساعدوا على تقليل أعراض الانسحاب أو أن العلاج الذى وصف لهم سارع كذلك فى هذا الاتجاه وفى مدى قصير كانوا قد تخلصوا من الاعتماد على المخدرات وتحملوا العيش بدونها .

وكان معمل التحاليل الذى درب فيه فريق من الباحثين على أجهزة حديثة تعطى نتائجها فوراً ، كان هذا المعمل معينا لفريق العلاج على كشف ما يخفيه جمهور المدمنين ودرجة طاعتهم لتعليمات فريق العيادة مما وضع صورة صادقة لدرجة تحسن طالبى العلاج وساعد على وصف العلاج اللازم لهم .

نشر العيادات واستخدام المساجد الجامعة :

وعندما استشعرت الجمعية درجة نجاح أسلوبها العلاجى وخاصة بعد مقارنة درجة التحسن بين المدمنين الذين ترددوا على عيادة المسجد رأت التوسع فى فتح فروع لها قدر امكانياتها وواجهت الصعوبات الآتية :

١ ــ استحالة توفر المكان المناسب فى الأماكن المأهولة فى الوقت الحاضر مع تأزم مشكلة الاسكان .

٢ ــ عدم توفر المتطوعين الذين يقبلون العمل فى هذا المجال رغم خطورته .

٣ ــ عدم توفر الموارد المالية التى يجب أن تقدم الخدمات اللازمة الاجتماعية والصحية والتربوية والتأهيلية والدينية لجمهور المتعاطين وأسرهم .

٤ ــ صعوبة القيام بالدعاية اللازمة والاعلام الموجه للجماهير والأفراد .

كانت هذه الصعوبات حائلة دون التوسع فى نشر فروع للجمعية ولكن بعد نجاح البحث العلمى المستفيض والذى استخدم المسجد مكاناً له استقر الرأى على أن أحسن مكان لفتح فروع للجمعية هو المساجد الجامعة التى يتواجد فيها نشاط صحى واجتماعى وتعليمى والتى تستطيع بسهولة أن تخدم وترعى هذه الفئة من المواطنين علماً بأنه استجد فى الحياة العامة انشاء مثل هذه المساجد وازدادت عدداً يوماً بعد يوم ولايخلو منها حى من أحياء المدن وتستطيع أن توفر المكان دون أجر وتوفر المتطوعين دون جهد وتوفر الخدمات الاجتماعية والصحية والتربوية والتأهيلية والدينية دون إرهاق وجنباً لجنب للأسر المحتاجة للعون وتوفر الدعوة الدينية اللازمة لنشر الوعى عن الأفكار الخاطئة التى سببت الادمان والتى يتوالى نشرها كل يوم من منبر المسجد مما يساعد على تغير سلوك المواطنين واقناعهم بخطورة الادمان وكل هذه العوامل جعلت من المسجد أنسب مكان كما جعلته نموذجاً نادراً للمساهمة فى حل مشكلة الادمان وبتكاليف قليلة جداً إذا قيست بما يتكلفه علاج المدمن بعيداً عنه .

وقد لفتت الجمعية الأنظار الى هذا النموذج من العلاج فى الأوساط المحلية والعالمية وأعلنته منظمة الصحة العالمية فى كتابها الدورى عام ١٩٨٠ . كما أعلنت مجلة الاتحاد العالمى للصحة النفسية عنه وكذلك فى الاجتماع السنوى للأمم المتحدة الذى يناقش الدفاع الاجتماعى ودور الشرطة منه وتحدثت فى فبراير الماضى عن هذا النموذج بعد أن قيم علمياً وثبتت جدراته وأفضليته .

كيفية إدارة العيادة الملحقة بالمسجد :

يختلف أسلوب الادارة حسب الامكانيات المتاحة ونوع عمل العيادة إن كان للأبحاث وللعلاج أو كان للعلاج فقط وسوف أحاول أولا أن أضع أسلوباً لادارة عيادة للأبحاث والعلاج وسوف أضع تصوراً آخر لامكانية إدارة عيادة للعلاج فقط .

١ – إدارة عيادة للعلاج والأبحاث :

يلزم للعيادة خمس حجرات . حجرة للطبيب النفسى مجهزة خصوصاً للكشف والمتابعة .. وحجرة للأخصائى الاجتماعى للبحث الاجتماعى وحفظ ملفات المرضى .. وأخرى للأخصائى النفسى للقيام بالمقاييس النفسية ولعقد جلسات العلاج النفسى الفردى والجمعى .. وحجرة كنادى يجتمع فيها المرضى المترددون تحت إشراف فريق العلاج خاصة الداعية الدينى الذى يقيم الصلوات فى مكان أعد خصيصاً لذلك والذى يشترك فى العلاج الجمعى مع باقى أعضاء الفريق ويضم هذا النادى مكتبة مزودة بالكتب الدينية والاجتماعية المناسبة .. وحجرة خامسة للعلاج الطبى والتمريض .

. ويقوم الأخصائى الاجتماعى باستقبال الحالات الجديدة فور دخولها للعيادة والقيام بالفحص الاجتماعى المبدئى وتحول الحالات الى طبيب العيادة الذى يقوم بالكشف الطبى الجسمى والنفسى ويستعين بالأخصائى النفسى للقيام ببعض المقاييس النفسية ويجتمع الطبيب بأعضاء الفريق لوضع خطة العلاج ورسم المتابعة اليومية لكل حالة وتساعد الممرضة أو الممرض كل أعضاء الفريق .

مسئوليات أعضاء الفريق :

أ) **الطبيب النفسى** : وكلما كانت مؤهلاته النفسية أعلى كلما كان ذلك أنسب وأرى أن الحاصلين على ماجستير الطب النفسى يستطيعون القيام بهذه المهمة بقدر كبير من الكفاية . وتتلخص مسئوليات الطبيب فى الآتى :

١ – هو المسئول الأول إدارياً وفنياً عن العيادة .

٢ – المسئول عن الحالة الجسمية والنفسية للمرضى .

٣ – يقوم بالكشف والتشخيص ووصف العلاج للحالات بالاستعانة بزملائه الأخصائيين النفسيين والاجتماعيين ويشرف على صرف الأدوية .

٤ ـ يتابع تنفيذ العلاج النفسى الفردى والجمعى .

٥ ـ ينسق العمل بين زملائه ويمثل الفريق العلاجى أمام الجهات المسئولة .

٦ ـ يعمل على زيادة الثقة فى وظيفة العيادة بالاهتمام بالعلاج الدينى وحضور الصلوات التى تقام تلقائياً .. والاشتراك فى الندوات وشرح وظائف الأعضاء المختلفة وبيان تأثير ضرر المخدرات والمسكرات على جسم الانسان .

٧ ـ يراعى متابعة فحص البول والدم للمرضى المترددين ورصد النتائج فى مشاهدات المرضى أولا بأول .

٨ ـ يشرف على قيد البيانات الاحصائية فى الدفاتر المعدة لذلك واستخلاص النتائج الأسبوعية والشهرية .

٩ ـ يشرف على الاجتماعات الدورية العلمية لتنشيط رفع ثقافة أعضاء الفريق وتبصيرهم بكل جديد .

١٠ ـ يقوم بالاشتراك مع زملائه فى اجراءات أبحاث تتفق مع الجديد فى الميدان حتى لايتخلف موكب الفريق .

ب) الأخصائى الاجتماعى : ويفضل أن يكون من الحاصلين على بكالوريوس الخدمة الاجتماعية النفسية . وهو أول من يتقابل مع المرضى ولذا فعليه أن يكون عنصراً جذاباً للمترددين يحسن الاستماع والتوجيه وتتلخص مسئولياته فى الآتى :

١ ـ يقوم بالفحص الاجتماعى فور وصول المريض ويجمع المعلومات المطلوبة لذلك .

٢ ـ يشترك مع الطبيب النفسى فى وضع خطة العلاج الاجتماعى ومتابعته .

٣ ـ يشترك فى جلسات العلاج الجمعى وكذا حضور الصلوات والندوات المختلفة .

٤ ـ يقوم بالفحص الاجتماعى الخارجى لأفراد الأسرة حسب الحالة .

٥ ـ يتولى قيد البيانات الاحصائية فى الدفاتر المعدة لذلك ويستخلص منها التقارير الأسبوعية والشهرية والسنوية .

٦ ـ يشترك فى الاجتماعات العلمية الدورية التى تعقد بالعيادة .

٧ ـ يشترك فى الأبحاث العلمية المتقدمة للاستفادة من مضمونها وأهدافها .

ج) الأخصائى النفسى : ويفضل أن يكون متخصصاً فى العلوم النفسية ومقاييس الشخصية وقادراً على مزاولة العلاج النفسى الفردى والجمعى وتتلخص مسئولياته فى الآتى :

١ ـ التعاون فى ميدان العلاج النفسى الفردى والجمعى .
٢ ـ القيام بالقياسات النفسية التى يطلبها الطبيب .
٣ ـ يشارك فى الندوات والصلوات والعمل على اكتساب ثقة المرضى .
٤ ـ المشاركة فى الاجتماعات العلمية .
٥ ـ المشاركة فى الأبحاث العلمية الجارية بالعيادة .

د)الداعية الدينى : ويفضل أن يكون ممن تلقوا تدريباً خاصاً للعمل فى العيادات النفسية ضمن فريق العلاج . وتتلخص مسئولياته فى الآتى :

١ ـ لما كانت العيادة ملحقة بالمسجد فعليه أن يكون المتحدث باسم الفريق العلاجى عن مشاكل الادمان وطرق الوقاية فى اجتماعات المسجد المختلفة شارحاً الآيات والأحاديث الدالة على ذلك .

٢ ـ يشترك فى جلسات العلاج الجمعى موضحاً دور البرنامج اليومى الاسلامى وأثره على الصحة النفسية .

٣ ـ يؤم المترددين فى الصلوات ويحثهم على الدعاء ويفتح لهم أبواب التوبة والرجاء .

٤ ـ يعمل مع الفريق على إشاعة الصبر وتقوية الارادة وتأكيد التصميم كوسائل وقائية وعلاجية ويتحدث عن الأمثلة التى تلقى الضوء على هذه القيم المختلفة .

ه)الممرضة أو الممرض : تساعد الطبيب أبان عملية الكشف والعلاج اللازم وتشترك فى الندوات والعلاج الجمعى والصلوات وتقوم بصرف الأدوية ومساعدة محتاجى المساعدة .

٢ ـ إدارة عيادة العلاج :

تقوم هذه العيادات بدور هام وقائى وعلاجى وتنتشر على أوسع رقعة حتى تتواجد قرب محتاجى الخدمة العلاجية . ويمكن لهذه العيادات أن تقوم بمهمتها الوقائية العلاجية بعدد محدود من المعالجين الأساسيين ويمكن إدارة مثل هذه العيادة كالآتى :

(أ) طبيب نفسى .
(ب) أخصاصى اجتماعى .

(ج) داعية دينى .
(د) ممـــــرض .

وعندما يقل عدد الأطباء فى البيئة يمكن إدارة العيادة بالأخصائى الاجتماعى والداعية الدينى وممرض ويكون عمل الطبيب النفسى استشاريا بعض الوقت .

الجماعات العلاجية التلقائية بعيداً عن الفريق العلاجى :

وقد ثبت بالتجربة فى الخارج أن مجموعات تجمعت تلقائياً واجدة الهدوء والطمأنينة فى لقاء بعضهم دون فريق علاجى وتكونت أسس هذه الجماعات ولها أماكن للقاء وانتشرت وأصبحت عاملا علاجياً لفئة المدمنين على المسكرات يحضرون إليها فى مواعيد خاصة تلقائياً ويومياً وقد ساعدهم الاحساس بروح الجماعة واشتراكهم جميعاً فى أغراض واحدة وأنهم تطوعوا تلقائياً للتحرر من شرب المسكرات وكانت كل العوامل جامعة بينهم ودفعت هذه الجماعات للقاء طلباً للشعور بالمطأنينة فى مأوى واحد يعدونه بأنفسهم ونجح هذا الأسلوب وحبذا لو تكونت جماعات مماثلة من قدامى المدمنين الذين صمموا على التوقف وكونا مثل هذه الجماعات فى ظل المسجد وساعدهم الداعية على التخلص من دوافعهم والتوحد ضد نزعات الهوى والانحراف . وهنا سوف يكون لمثل هذه الجماعات دور إيجابى تجد فيه هذه الفئة احتياجاتها للطمأنينة والاعتماد على الجماعة وتقوية الضمير والارادة للعودة مرة أخرى الى حظيرة الحياة العادية والصحبة الطبية .

إن مثل هذا الاتجاه محدود التكاليف وعميق الأثر سوف يكون له فوائد عديدة ، فالمدمن يميل الى مصاحبة زميله وعندما يجتمع الزملاء طالبى العلاج فى حظيرة المسجد فسوف تقوى طاقاتهم على الاستمرار فى العلاج وسوف يساعد بعضهم البعض على الصبر وتحمل أعراض الانسحاب وسوف يؤدى ذلك الى تحسن أعراضهم الجسمية والنفسية .

إن هذه الخطوة التقدمية التى يمكن للمسجد أن يقوم بها فى ميدان الوقاية والعلاج هى أنسب الأساليب التى تلائم مجتمعاتنا التى تحترم الدين . وان الثقة فى أسلوب العلاج سوف يسرع بالتحسن لمحتاجى العلاج .

ويمكن لمثل هذه الجماعات أن تجتمع فى مكان قرب المسجد أو فى مكان آخر وتكون لها مقراً معداً للاجتماعات والصحبة الطبية .

تدريب أعضاء الفريق العلاجى :

إن التقدم السريع فى مجال الخدمات الطبية خاصة التقدم التكنولوجى والتعقيدات المستمرة فى مجال الادمان الذى أصبح متعدد الجوانب كل ذلك يحتم تدريباً مستمراً لأعضاء الفريق العلاجى لتزويدهم بالمعلومات والعلاجات الحديثة . وحبذا لو تم تدريب أعضاء الفريق الأطباء والاخصائيين الاجتماعيين والممرضين ودعاة الدين جنباً الى جنب بحيث تعقد جلسات تدريبية خاصة لكل نوع من أنواع الفريق فى الساعات الأولى من النهار . ثم يتبعها اجتماع يضم كل أعضاء الفريق لمناقشة مشاكل مشتركة وبذلك ينال الفريق كله تدريباً خاصاً وتدريباً مشتركاً وتتكون وحدة رأى تجعل الفريق يعمل يداً واحدة نحو هدف مشترك لعلاج وتأهيل المرض .

وتدل الصعوبات التى تواجه العمل فى العيادات أن الأخصائى الاجتماعى النفسى هو أنسب التخصصات لهذا العمل ولذا وجب تدريب الاخصائيين الاجتماعيين حتى يلموا بالدور النفسى الهام ويتمكنوا من الاشتراك الفعلى المؤثر فى العلاج . وقد بدأ فى مصر هذا التدريب الذى نود أن ينتشر .

ويجب أن يلم الداعية الدينى كذلك بأهداف الخدمة الاجتماعية النفسية حتى تقوى طاقة تأثيره ويمكن الاعتماد عليه ليس فقط فى مجال علاج الادمان ولكن كذلك فى مجال عمله الأصلى الدينى فالخبرة على المقابلة النفسية ومعرفة أعراض المرض النفسى وأنواعه والخبرة على مواجهة الجماعات والاشتراك فى العلاج الجمعى كل ذلك هو ما يحتاجه الداعية الدينى .

برنامج تدريب الدعاة الدينيين :

يستحسن أن يكون هذا التدريب فى الأماكن التى تعنى بعلاج المدمنين أو يكون من ضمن التدريب زيارات ميدانية لهذه الأماكن للجلوس والتحدث الى محتاجى الخدمة .

ويجوز التدريب على الأمور الآتية :

١ ـ المعنى العام للصحة « الصحة الجسمية ـ الصحة النفسية ـ الصحة الاجتماعية والصحة الروحية » .

٢ ـ معنى الادمان « أعراض الانسحاب ـ أنواع الادمان » .

٣ ـ مشاكل الادمان الجسمية .

٤ ـ مشاكل الادمان الاجتماعية .

٥ ـ مشاكل الادمان النفسية .

٦ ـ مشاكل الادمان الأخلاقية .
٧ ـ مسئوليات الفريق العلاجى .
٨ ـ العلاج الجسمى . والنفسى والاجتماعى والدينى .
٩ ـ القانون ومكافحة الادمان .
١٠ ـ دور الدين فى الوقاية والعلاج .

هذا مع زيارات ميدانية لأسرة داخلية وعيادات خارجية وعرض حالات يشترك فيها أعضاء الفريق العلاجى ويمكن أن يتم ذلك فى مدى أسبوعين على أن يستمر التدريب الميدانى بحضور اجتماعات أكلينيكية مرة كل أسبوع وتجديد التدريب سنوياً لمزيد من التعليم والتدريب .

الداعية الدينى وسط الفريق النفسى
الاهتمام العالمى بهذه الحقيقة

إن وظيفة الداعية الدينى تحتم عليه أن يهتم اهتماماً كبيراً بالناس عامة ورواد المساجد خاصة . أنهم يستشيرونه فى كثير من أمور دينهم ودنياهم ومن هنا ركزت الدوائر العالمية فى الأيام الأخيرة على تدريب الداعية تدريباً يجعله عضواً هاماً فى الفريق النفسى الذى يتكون من الطبيب والأخصائى النفسى والأخصائى الاجتماعى وقد قامت وزارة الأوقاف أبان عام ١٩٨٥ بالاشتراك مع منظمة الصحة العالمية ومستشفى د . جمال ماضى أبو العزائم بوضع خطة لتدريب عشرين داعية تدريباً مكثفاً فى ميدان الوقاية والعلاج للادمان وذلك لمدة ثلاثة أسابيع تدريباً كل الوقت يحوى برنامج التدريب النظرى تركيزاً على معرفة الجهاز العصبى للانسان .. ومراكز السمع والنظر والذوق والشم والحس عند الانسان ومعرفة سمات الشخصية ومراحل النضوج والأعراض النفسية والعقلية عند المضطرين نفسياً وعقلياً والادمان ومشاكله والوقاية والعلاج والمتابعة . كما كان البرنامج العملى معايشة المرضى بالمستشفى وحضور استقبال المرضى الجدد وتشخيص حالاتهم وجلسات العلاج النفسى الفردى والجمعى والعلاج بالعمل وغير ذلك من معرفة عامة عن التشخيص برسم المخ الكهربائى لزيادة حصيلتهم عن الانسان الذى خلقه الحق وأبدع فى طاقاته الجسمية والنفسية ومكن له حياة الأسرة والمجتمع فى إطار من الصحة الروحية وأثر العقيدة على هذا الكيان الذى خلق فى أحسن تقويم .

وكان لهذا التدريب آثار بعيدة عند من تلقوه وحبذا لو خططنا لذلك بصفة دورية عندئذ سوف نخرج للمجتمع رجالا حافظين للقرآن والسنة والكلمة الطيبة مع معرفة بالانسان جسمه ونفسه ومجتمعه وسوف يعين ذلك كثيراً فى ميدان الوقاية ويبدل الأفكار الخاطئة التى تسرى فى

المجتمع تهد من كيانه الى معرفة بحقيقة الانسان تعين الداعية على وظيفته الأساسية عبادة الرحمن وعمارة القلوب بصحة الجسم والنفس .

المسجد الجامع ودوره فى الوقاية والعلاج

وقامت الجهود الشعبية بحركة إسلامية عظيمة الفائدة عندما أقامت المساجد الجامعة التى خصصت أماكن للعبادة جنباً الى جنب الى أماكن لحفظ القرآن وفحص مشاكل الأسر والعلاج الطبى بأنواعه العديدة ورعاية الطفل المسلم وتقوية الطلبة فى العلوم المختلفة والتدريب على بعض الأعمال الهامة كالكتابة على الآلة الكاتبة وتعليم أسرار الكمبيوتر . وأصبح المسجد مركزاً متقدماً يقدم خدماته الدينية والأخلاقية ويعالج المرضى ويرعى الطفولة ويحل مشاكل المجتمع . ويوجد الآن أكثر من ألف مسجد فى الجمهورية على هذا النمط .

وقامت جمعية أولى العزم بافتتاح عيادة للوقاية والعلاج من آفة الادمان منذ ١٩٧٨ وتعد هذه العيادة الأولى من نوعها فى هذا المجال وقد أجريت عدة بحوث لتقييم أحسن العلاجات باستخدام أحدث طرق البحث العلمى وتبين أن العيادة التى تنشأ فى المسجد تفوق العيادة العادية بنسبة ٧ الى ٣ وذلك بسبب طاقة العقيدة التى تساعد على سرعة الشفاء .

وإذا كان الأمر كذلك وجب علينا أن نزيد رقعة العمل فى محاصرة وباء الادمان بالتوسع بافتتاح العيادات فى المساجد وأن نخطط للاستفادة من طاقة المسجد النفسية وأن ندرب العاملين تدريباً يؤدى إلى حسن استخدام هذه الطاقة .

الدور الوقائى للدين :

ومنذ فجر التاريخ والدين معروف بدوره الوقائى . وترتبط دوافعه الوقائية بالايمان بالله وقد أوضح النبى محمد صلى الله عليه وسلم أن الاجراءات الوقائية إنما هى أوامر من عند الله الذى خلق الانسان ويعلم ما ينفعه وما يضره وهذا الايمان الذى كانت له قوته فى الماضى لابد من تقويته فى الوقت الحاضر بعد أن أدركنا حالياً الأخطار التى كان يمكن للبشرية أن تتعرض لها لو لم تتمسك بأوامر الله بايمان مطلق .

لقد كانت الخمر مثلا هى المسئولة عن التدهور الذى حل بحضارة ما قبل التاريخ . وقد واجه الاسلام هذا الشر الخطير ونجح خطوة بخطوة فى التغلب على تأثيرها الخطير . لقد ربط بين الايمان بالله والأوامر بتجنب شرب الخمر ونجح فى اقناع المؤمنين والتخلى عن هذه العادة

المزمنة وهى عادة شرب وادمان الخمر . وتعتبر المجتمعات الاسلامية الصادقة فى الوقت الحاضر خالية نسبياً من مساوئ إدمان الخمر . وهذا من نتائج الايمان العميق الذى يتمسك به المسلم حيال أوامر القرآن كما طبق هذا أيضاً على غير ذلك من الشرور الجسمية والنفسية والاجتماعية .

الايمان والقوى الالهية :

إذا تحقق الايمان فى أبعاده الروحية الصحيحة فانه يعمل كسلاح وقائى قوى دائم الفعالية وذلك عن طريق ربط الفرد بربه . لقد كا هذا هو السر خلف نجاح القوى الالهية فى حياة الناس وفى التأثير على سلوكهم وبالتالى على حالتهم الصحية .

وعلى الرغم من أن الايمان له درجات فان الايمان الروحى يسود غالباً ويخلق فى الانسان الرضا الربانى والسرور بالاعتماد على الله . ومن أمثله هذا الاعتماد على الله والرضا ما يظهر فى سلوك المؤمن الحق الذى يواجه موقفاً خطيراً ولكن إيمانه القوى يدفعه الى ألا يخشى شيئاً ويسير قدماً وغالباً ما ينجح وبدون الايمان فان مثل هذا السلوك لايتحقق وفى الدرجات الأولى من الايمان يبدو هذا الايمان فى حب الطفل لأمه . وتزداد هذه العلاقة وتنمو حتى تصل الى ذروتها فى الايمان بالله ويتحقق هذا الايمان بالتدريج عن طريق الحب والرضا والتأمل والتفكير فى كل ما حولنا على الأرض وفى السماء وهى المصدر الذى يغذى هذا الايمان الروحى . وعند الوصول الى هذه الدرجة فان هذا الايمان يصبح قوة حيوية لكى يحيا الانسان حياة روحية صحيحة . ويجدر بنا هنا أن نستشهد باحدى الآيات القرآنية وهى الآية رقم (١٩٠) من السورة الثانية وهى تقول :

(إن فى خلق السماوات والأرض واختلاف الليل والنهار لآيات لأولى الألباب) .

إن هذا التأمل فى آيات الله يخلق فى الانسان الاحساس بأن الله ليس فقط هو الخالق ولكنه هو أيضاً المعطى الوهاب للصحة وغيرها من العطايا . إن الله هو الذى يوجد المرض وهو الذى يوجد الشفاء كما أن المناعة هى من رحمته كما أن المواد الطبية الخاصة بالعلاج هى من عطائه .

هذا هو الايمان الروحى الذى نعنيه وهو الذى يدفعنا للقيام بالأبحاث فى هذا المجال الذى لا ينتهى .

وهكذا فان المؤمن ليس متلقياً سلبياً ولكن عليه أن يشارك فى البحث الايجابى للوصول الى الأشياء التى خلقها الله لنا لشفائنا . وهكذا نرى أن الايمان ليس هو لحظة ضعف ولكنه لحظة مشحونة بالنشاط .

القيم الأخلاقية والايمان :

إن هذا التأمل الواعى هو المسئول أيضاً عن تنمية قيمنا الخلقية مثل الصبر والشجاعة والقدرة على التحمل والكرم والعطف والتضحية وما الى ذلك . إن هذه القيم هى التى تكون العناصر الروحية التى تقوى وتنمى النواحى الجسمية والعقلية والاجتماعية للصحة . إن المستوى العالى من الصحة تخلقه المكونات الروحية وهى احدى صفات المؤمن الحق . ومن سوء الحظ أن ضروريات العوامل الروحية اللازمة للصحة قد تجاهلها تعليمنا العلمى والطبى وتركت ليتولاها بعض رجال الدين الذين ليست لهم الدراية الكافية بالموضوع وليسوا على اتصال مباشر بمجال البحث العلمى . وقد أظهرت التجارب العلمية التى استعملت فيها كبسولات البلاسيبو وكانت قائمة على الايمان – أظهرت – نتائج طيبة عندما قيمت مقاييس العلاج المضبوطة . وقد أظهرت هذه التجارب وغيرها بوضوح إيمان المريض بكبسولات البلاسيبو التى استعملت فى احدى طرق العلاج وبالطبيب الذى وصف العلاج حتى عندما كان العقار خالياً من أى مادة فعالة . ولا حاجة بنا لتأكيد أن الايمان والثقة بالطبيب المعالج كثيراً ما كانا سبباً فى تحسن المريض تلقائياً . ولابد لنا من إعطاء هذه الظاهرة ما تستحقه من اهتمام لاستكشاف عناصرها الأساسية وللاستفادة بقوتها الكامنة . وهكذا يتبين لنا أن داخل البعد الروحى توجد قوى عاطفية كبيرة وقوة معالجة شافية تتطلب اهتماماً كبيراً ليمكن الاستفادة بها لأبعد حد . ولذلك فاننا عندما نتحدث عن الصحة فلابد أن نؤكد أن الايمان هو أحد الأسس التى ينظر من خلالها للصحة والتى يجب أن تقوم عليها هذه الصحة .

نموذج لمزاولة الايمان :

إن النظرة الفاحصة لعامل الايمان ستزيد من معلوماتنا العلمية وذلك لمصلحة البشر . وعند هذه النقطة علينا أن نقيم على سبيل المثال تأثير الأعمال التى أمر رسول الله صلى الله عليه وسلم المؤمنين باتباعها بايمان عميق بعد أن أعطانا نموذجاً لهذا . وقد توج هذه الأعمال بالايمان المطلق بالله . وهذا الايمان يظهر لفظياً وبثقة فيما يقوم به المؤمن عندما يقول « الله أكبر » .

ويتمثل أحد المكونات الأخرى لهذا الايمان فى الوضوء والصلوات الخمس لاسيما فى الأوقات التى يصل فيها التعب أقصاه . وهكذا فلابد للمؤمن أن يظل نظيفاً يتأمل خلق الله وهو يجمع بهذا بين اكتمال الصحة البدنية والعقلية .

أما الجزء الثالث فهو العطاء بمعناه الواسع وهو يشمل التطوع لاعطاء المال وحسن المعاملة والمساعدة والعناية والبشاشة وحتى إزالة الأذى من الطريق .

أما الجزء الرابع فهو الصيام شهرا كل عام . والصيام أساساً هو الابتعاد عن الانغماس فى مظاهر الحياة اليومية بعد إرضاء ضروريات هذه الحياة بما فى ذلك الطعام والشراب ومباهج الحياة الأخرى .

أما الجزء الخامس فهو الحج وزيارة البيت الحرام ويرمز هذا لتقوية الشعور بأن الانسان دائماً أمام الله وعليه أن يعترف بأخطائه ويطلب المغفرة ليستريح . كما أن الحج يدفع الانسان الى التأمل الترويحى والتفكير العميق فى حياة أحسن وأكثر صحة كما أنه يعبئ الشعور الاجتماعى والاجتماع بالآخرين من أجل هدف أسمى .

إن الجمع بين الناحية الجسمية والروحية فى العقيدة الاسلامية من شأنه أن يزيد من قوة المؤمن جسمانياً ونفسياً واجتماعياً .

لقد كان هذا البرنامج هو المسئول عن تكوين المسلم الذى يتمتع بصحة جيدة والذى كان يحتاجه الاسلام فى أول دعوته للمساعدة على تكوين مجتمع يتمتع بصحة جيدة فى كل العالم الاسلامى . أنه أساس الوقاية والعمود الفقرى للحياة الصحية الناجحة كما أنه عامل مساعد لتقوية الأسس الثلاثة الأخرى للصحة .

إن كل ثقافة لابد لها أن تستفيد بالمعلومات الروحية السائدة وذلك لخلق مجتمع صحى قائم على العوامل الجسدية والنفسية والاجتماعية وفوق كل هذا العوامل الروحية .

ولهذا فإننا نطالب بإضافة العامل الروحى للعوامل الأخرى المعروفة . وهناك طرق ووسائل مختلفة لتعبئة عواطف الناس بالأفكار النبيلة فى إطار الأبعاد الروحية للصحة ولهذا الغرض فقد حان الوقت لكى تضع مهنة الطب البرامج اللازمة للطلاب ولبرنامج التعليم .

وهناك أيضاً مجالات لبرامج أخرى لتقوية جهاز الصحة القائم على العناية الصحية المبدئية فى نطاق الإطار الروحى . إن دور المؤسسات الدينية على سبيل المثال فى المحافظة على الصحة وفى الوقاية من المشاكل الصحية المتعلقة بالسلوك لم يتم استكشافه تماماً بحيث يمكن

الاستفادة بها لأقصى حد . وهناك نموذج لاستخدام امكانيات المسجد ودعاة الدين للوقاية والعلاج من الادمان بصوره المختلفة وقد أوضح هذا النموذج الامكانيات المفيدة لهذه المؤسسة والتى يمكن تشجيعها الى مجالات أوسع فى ميدان الصحة .

نظرة الى المستقبل

على ضوء ما تقدم تبدو ملامح الصورة فى محاولة وقف تداول المخدرات كالآتى ى

☆ تقوم منذ ثلاث سنوات حملة إعلامية مكثفة لتبصير الناس عن خطورة الادمان وأنه محرم شرعاً ودينا ويشترك فى هذا الميدان جميع وسائل الاعلام المختلفة .

☆ تهتم الهيئات عامة بهذا الموضوع الخطير وقد عقدت مئات من الندوات فى الجامعات والمدارس والنوادى ودور العبادة والمصانع وغيرها لتبصير المجتمع .

☆ بادرت الجماهير بوقفات ضد تجار المخدرات فى حى بولاق وأحياء أخرى وتعد هذه أولى الخلوات فى مواجهة الجماهير وتحمل المسئولية تجاه مقاومة المخدرات .

☆ بادرت كذلك التجمعات الشبابية بالعمل الجماهيرى ضد الادمان وظهر ذلك بجلاء فى مركز شباب منشية ناصر حيث أقيمت عيادة بالاشتراك مع الجمعية العالمية للصحة النفسية لعلاج المترددين والعمل الوقائى بالحى .

☆ كانت استجابة الهيئات والجمعيات وكبار المسئولين فى مصر والوطن العربى بالاحتفال باليوم العالمى لمكافحة الادمان وهو يوم ٢٦ يونيو الماضى وكل عام . كانت هذه الاستجابة على درجة عالية من الاهتمام وأقيم اجتماع جماهيرى بالمعهد العالى للخدمة الاجتماعية بالقاهرة وجه فضيلة شيخ الأزهر بيان الى الأمة كما قدم فيه فضيلة المفتى فتاوى حول الموضوع وتحدث كبار المهتمين واشتراك فيه جمع كبير من الجماهير .

☆ عقدت عدة مؤتمرات لمواجهة المشكلة فى عدة أماكن بالوطن العربى وكان آخرها المؤتمر العربى لمواجهة مشاكل الادمان بالقاهرة ١٣ ـ ١٥ سبتمبر ١٩٨٨ ويدل تعدد هذه المؤتمرات على مدى أهمية مواجهة هذا الخطر .

☆ انشأت عدة عيادات بلغت خمس عشرة عيادة تخصصية تتبع الجمعية المركزية لمنع المسكرات والمخدرات وأكثر من أربعين نادياً اجتماعياً متخصصاً يتبع جمعية الدفاع الاجتماعى . كما زادت الأسرة الداخلية المخصصة لعلاج الادمان فى معظم المحافظات زيادة مضطردة حكومية وخاصة .

* قامت الجامعات ودور البحث العلمى المتخصصة بزيادة مضطردة فى تعميق البحث العلمى حول الموضوع وصدر كثير من الأبحاث والتوصيات .
* تكونت لجنة على أعلى مستوى برئاسة السيد رئيس الوزراء بعضوية الوزراء المعنين لرسم خطة محكمة لمحاصرة الوباء والتصدى له .
* اهتمت وزارة الأوقاف اهتماماً كبيراً وصحب السيد وزير الأوقاف السيد فضيلة مفتى الجمهورية فى زيارات ميدانية مكثفة ومعهم أخصائيو الطب النفسى الاجتماعى لتزويد وحل مشاكل الجماهير والاجابة على استفسارتهم بهذا الخصوص .

كل هذه الجهود سوف تؤتى ثمارها وأتوقع أن يستبصر الناس والشباب جميعاً بالحقائق وأن تنحسر موجة الأفكار الخاطئة وأن تعرف الجماهير دورها فى برنامج حياة منظم وأن تحل المشاكل المختلفة يدا بيد وكل ذلك سوف يؤدى الى تناقص الاصابة وعلاج المرضى والى المتابعة الجادة والى قيام المؤسسات فى كل مكان بدور إيجابى فى حل هذه المشكلة وأن تنال الصحة النفسية كل اهتمام وتعود الطمأنينة الى القلوب والابتسامة الحلوة الى الأسرة وأفرادها . قال تعالى : **(من قتل نفسا بغير نفس أو فساد فى الأرض فكأنما قتل الناس جميعا ومن أحياها فكأنما أحيا الناس جميعا) .**

صدق الله العظيم

المحتـــويات

طبع بمعـرفة
وكالة فينيسيا للاعلان
ت ٦٠١٩٧٣